

安寧照顧會訊



2022
Oct.

vol 102

Hospice Foundation of Taiwan

用愛撫慰



HEALING HEARTS & COMMUNITIES

心靈與社區

- 封面故事—面對長者安寧療護 各國在挑戰中成長
- 聽見生命之音—陳彥博：人生最後一秒 要知道自己為何而活過！
- 豐足五感—行動牙醫服務 居家口腔守護者

一通電話專業解答

關心病人 也關心家屬

安寧照顧諮詢專線

0800-008-520

照顧重病的家人，就像在黑暗中尋路，擔心迷路
更怕走錯路。安寧照顧基金會了解您的擔憂與
惶恐，以專業和愛，一通電話、即時陪伴，
隨時在您身邊守護！

與您同行，讓家人安心、病人安寧！



臨終有品質、身心靈平安
安寧照顧基金會

<http://www.hospice.org.tw>

公益勸募字號：衛部教字第1101361412號
公益勸募日期：110年6月23日至111年6月22日止

專人服務時間：

上午09:00～晚上21:00

捐款方式



以更加從容與優雅的姿態迎接人生善終

台灣在2025年即將邁入超高齡社會，隨著高齡人口逐漸增多，衰老照護及相關善終權益，將是未來醫療體系必須面對的問題。

每個人都希望身體能夠健康，但伴隨著年齡增長，自然老化將會漸進式地降低身體各項器官機能，使我們衰弱退化。衰老過程緩慢，並非具有一定病程的癌症或慢性疾病，它不易察覺相關癥結並進行評估，因此在過去較少納入安寧療護體系的討論中。

隨著觀念進步，安寧療護對象早已不限於末期癌症病患，2009年，《安寧緩和醫療條例》納入「八大非癌疾病」患者，並因應超高齡社會的來臨，在今年6月1日正式將「末期衰弱老人」納入健保安寧療護對象，擬定照護計畫及收案評估標準，期待未來能進一步串連醫療社區安寧療護體系與能量，給予年老者適當的醫療照護與心靈支持。

生老病死是所有人都必須面對的過程，安寧療護期許每個生命都能有尊嚴地迎接人生最後一哩路，隨著相關制度逐漸完備，當我們慢慢衰老，將能以更加從容及優雅的姿態，迎接人生善終。



CONTENTS 目錄

封面故事



16 將衰弱老人納入健保安寧給付對象中

政策步步走向完整
滿足國人安寧照顧需求

· 涂心怡

20 衰弱老人——不易覺察的安寧需求

走向健全與互助體系 照護更完善

· 涂心怡



24 超高齡社會到來

面對長者安寧療護 各國在挑戰中成長

· 涂心怡

29 社區照顧的好芳鄰

居家護理所 伴長輩舒適終老

· 涂心怡

安寧手札

1 以更加從容與優雅的姿態迎接人生善終

照護新訊

4 2022世界安寧日 看見失喪流離

用愛撫慰心靈與社區

· 陳雅莉

6 用愛撫慰心靈與社區國際論壇

從悲傷支持走向慈悲關懷社區

· 涂心怡

10 安寧線上聊心室

生死兩相安 從失去中追尋遺留下的禮物

· 李 寧

12 用無盡的愛，送你安心遠行

寧靜的最後旅途是幸福

· 李 寧



發行人：楊育正
總編輯：王念慈
副總編輯：黃明威、林怡吟
執行編輯：何怡萍
行政編輯：林淑鈴、邱珮文、洪育瑄
代編製作：今周刊代編部

發行所：財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會
地址：251404 新北市淡水區民生路 45 號
電話：(02) 2808-1130
傳真：(02) 2808-1137
網址出刊：<https://www.hospice.org.tw/publication>
出刊日期：2022 年 10 月
版權所有，經本會同意，歡迎轉載。



專家開講

- 32 失智症安寧緩和醫療實務論壇
最後一哩路的陪伴與抉擇 台灣的現況與挑戰 · 涂心怡

聽見生命之音

- 38 極限馬拉松選手陳彥博 直視死亡 學會感謝
人生最後一秒 要知道自己為何而活過！ · 游 苔
- 41 大師兄從沉重到明朗的人生體悟
學會現在說愛 不留遺憾 · 涂心怡

豐足五感

- 44 到宅牙醫
行動牙醫服務 居家口腔守護者 · 涂心怡

走進安寧

- 48 臺北醫學大學附設醫院安寧緩和病房
從靈性角度擴大關懷網 覺察生命價值 · 游 苔
- 52 彰化秀傳紀念醫院安寧共照團隊
全院總動員 行動的安寧病房 · 涂心怡

活動快報

- 56 帶著問題來 找到解答的那盞燈 · 涂心怡
- 58 串聯安寧夥伴 共促安寧邁向多元 · 涂心怡

心靈補給站

- 60 下輩子，我們當筷子好了 · 游 苔

2022世界安寧日 看見失喪流離

用愛撫慰心靈與社區

翻譯、整理・陳雅莉

➤ 死亡並不是生命的反面，而是生活的一部分，「活得久、病得短、死得好」堪稱善終，這是全球共同追求的目標，因此每年10月第二個星期六「世界安寧日」，都會以不同的主題來呼籲人們重視死亡議題。

世界安寧療護聯盟（World Hospice Palliative Care Alliance，簡稱WHPCA）每年訂定世界安寧日年度主題，邀集全球凡有提供安寧療護的國家共同重視安寧緩和療護及國人善終權，獲得來自各地組織團體的廣大迴響。

以今（2022）年，WHPCA繼2021強調「安寧平權～每個生命都重要（Leave no one behind - equity in access to palliative care）」、2020呼籲「我的醫療，我自主（Palliative Care: it's "My Care, My Comfort."）」，今年特別選定「用愛撫慰心靈與社區（Healing Hearts and Communities）」為世界安寧日主題。

撫慰傷痛並提供溫柔支持力量

近二年，全球在COVID-19肆虐下，有超過600萬人喪生，為醫療第一線帶來前所未見的巨大負荷，無論是家庭或專業照顧者，皆遭遇極大壓力和死亡衝擊。此

外，國際間正在發生的多起衝突及戰爭，也為全球各國帶來無法量化的悲傷和破壞，數百萬的家庭更為親友死亡而悲痛，面臨社會孤立和心靈創傷。

今年安寧日主題「用愛撫慰心靈與社區」就是希望在這一天，呼籲並喚起社會對這些驟然失親的人表達關懷，在社區中扮演他們最貼近且最溫柔的支持力量。

各國活動響應世界安寧日

依照慣例，有提供安寧療護的國家紛紛以形式、規模不拘的活動響應此國際盛事，號招眾人之力共同喚起社會對生命末期照護及喪親家庭的關懷。

死亡品質名列全球第三的台灣當然也不能缺席，安寧照顧基金會配合世界安寧日，為專業人員及普羅大眾分別設計、推出一系列活動，希望在社會帶動撫慰暖流，也讓台灣再次與國際接軌。

■ 台灣

安寧照顧基金會選在10月4日及6日，針對安寧從業人員舉辦「用愛撫慰心靈與社區」國際論壇，邀請香港、台灣、加拿大的頂尖專家，從理論和實務探討各國悲傷撫慰推動工作及慈悲關懷城市建構經驗；同時推出邀集多位名人落筆書寫自己死亡觀的好書《用愛，送你遠行》，期盼帶動民眾由思考到行動，為生命末期預做準備，並以一連兩天的「安寧線上聊天室」世界安寧日特別節目，用溫暖的方式，將國人不想談的、不敢談的生死話題化為輕鬆對話，鼓勵民眾打破禁忌，也傳遞安寧療護的溫度。

■ 東南亞及南亞

其他亞洲國家，如馬來西亞將於10月1日舉辦趣味路跑藝術比賽，邀請社會大眾共同參與，響應世界安寧日。菲律賓則將舉辦一系列活動，包括：洛杉磯諾斯拉古納市（Los Banos Laguna）於10月7日舉辦虛擬音樂會，並播放Madre de Amor臨終關懷基金會拍攝的影片，內容描述在COVID-19大流行時期，支持人們面臨悲傷和喪親的故事；馬卡蒂市（Makati City）於10月8日舉辦趣味路跑活動，提高民眾對安寧療護的意識。菲律賓安寧緩和療護學會（PSHPM）於10月9日舉行第四屆年度大會，為期2天的線上研討會，探討安寧療護與臨終關懷等議題。

安寧緩和醫療組織CanSupport亦將於10月9日在印度德里市舉辦免費音樂會，由印度Ghazal大師暨古典聲樂家夏普拉（Radhika Chopra）博士演唱，支持世界各地的臨終關懷和安寧療護運動。亞太安寧療護學會（APHN）則發起虛擬挑戰，民眾可選擇跑步、步行、遠足、騎單車，協助安寧療護募款活動。

■ 美洲

在美洲地區，美國將於10月3日至4日舉行為期2天的虛擬會議，來自國內外的安寧療護專家和醫護人員將透過網路齊聚一堂，探討護理尊嚴、種族主義和結構性歧視、精神痛苦和倦怠、監獄安寧緩和治療，以及藥物使用與臨終醫療照護。墨西哥市於10月6日舉辦學術研討會，探討護理人員對末期病人給予臨終關懷與照顧的重要性。加拿大則於10月12日、28日分別在多倫多、溫哥華，舉辦特別講座，演講重點聚焦在安寧療護中的公共衛生發展，以及現代安寧療護的醫學要領。

■ 歐洲

歐洲國家中，葡萄牙為響應世界安寧日，10月8日在波爾蒂芒市（Portimão）的一家購物中心，以「哀悼」為主題，宣導安寧療護的重要性。英國則於同日舉行線上會議，探討疫情期間重新思考安寧療護教育的創新方式。



「2022世界安寧日—用愛撫慰心靈與社區」國際論壇

從悲傷支持 走向慈悲關懷社區

口述・王英偉、方俊凱 整理・涂心怡 圖・Shutterstock

透過網路視訊，「2022世界安寧日—用愛撫慰心靈與社區」國際論壇以探討悲傷支持服務、社區關懷及慈悲關懷社區等議題，期待在分享與交流中，學習建構有溫度的社會支持系統。

「2022 世界安寧日—用愛撫慰心靈與社區」國際論壇10月4日與6日於線上進行座談與交流討論，邀請到香港賽馬會安寧頌項目總監周燕雯教授（Prof. Amy Chow）、加拿大Pallium Canada組織慈悲關懷社區負責人Miss Bonnie Tompkins以及花蓮慈濟醫院緩和醫學中心主任王英偉、淡水馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心主任方俊凱（王、

方二位亦是基金會董事）等4位專家學者，聚焦悲傷支持、社區關懷以及慈悲關懷社區等議題，向與會者分享多年來臨床服務的經驗與體悟。

安寧開啟悲傷議題 天災為治療開啟大門

投身精神科與安寧緩和療護多年，方俊凱以「台灣多元化的悲傷支持服務實務」為題，分析台灣在悲傷服務的發展脈絡與優勢。

方俊凱表示，台灣針對悲傷議題的討論其實發展得相對較晚，西方國家早在1980年代，就開始由心理學層面探討悲傷議題，而台灣開始有系統的重視悲傷，則是因為安寧療護。

「1990年安寧療護在台灣開始醞釀成長，當時投入安寧的4位社工師：李開



敏、林方皓、張玉仕與葛書倫，甚至翻譯美國心理學會會員 J. William Worden 的著作《悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務工作者手冊》。」方俊凱敬佩地表示，這是全台第一本討論悲傷的專書，至今仍持續改版發行中。

安寧圈的悲傷撫慰照護逐步衍伸建構出系統性的教育訓練，並在生死兩相安的概念發酵之下，擴展遺族追蹤服務。

至於醫界看重悲傷支持的發展，身為精神科專科醫師的方俊凱記憶猶新，契機來自於一場令人心碎的天災——1999 年的 921 大地震。當時許多創傷後壓力症候群患者（Posttraumatic Stress Disorder，簡稱 PTSD）湧現，精神科跟臨床心理師投入治療，方俊凱坦言，當時治療始終聚焦在 PTSD，而不談悲傷，「認真一想，雖然從精神病理來看是 PTSD，但在地震中被留下來的人哪個不悲傷？」

契機相聚 相關服務因應而生

反思開始發酵，PTSD 與悲傷的串連因著 2002 年的震撼事件，獲得醫界重視——當年 331 發生花蓮大地震、同年台灣的自殺死亡率突破世界衛生組織所定義的高自殺率國家；為此，台北護理健康大學甚至成立生死教育輔導研究所，成為專門研究探討悲傷議題的高等教育單位，也吸引許多精神科醫師慕名前往

進修，方俊凱就是第二屆的學生。

隨著各方對悲傷議題的了解，相關服務也逐漸形成，如 2005 年催生台灣自殺防治中心；2008 年莫拉克風災發生時，政府部門第一時間成立救災機制之外，也委託心理服務相關學會、協會與基金會進駐災區進行心理重建工作；2013 年衛福部成立心理及口腔健康司，心理相關公部門正式成立。

「加上 2010 年之後增加非常多的精神科開業醫師，他們通常會與諮商心理師、臨床心理師合作，就醫系統的可近性讓更多人因此得到幫助。」方俊凱笑言，在台灣尋求悲傷支持的多元服務還有一個簡易的管道，即是健保，「當民眾有需求，又不知道該找誰求助時，直接到醫院掛號就可以了。」

悲傷撫慰從安寧起步，但嚴格說起來，其他科別和安寧療護真正激出悲傷支持火花的場域，則是急重症與加護病房。對此方俊凱樂觀看待，因為這讓社會的關注度提升，也促使台灣的悲傷支持邁向多元發展，不僅開啟本土研究，也發展台灣本土化的評估工具，同時有一群專家學者開始回顧曾被忽略的需求，如兒童癌症等。

2018 年方俊凱參加國際死亡、瀕死及喪慟工作集團（International Work Group on Death, Dying, and Bereavement），在那次會議中，與來自新加坡、美國的學者透

過討論，建構出「療癒杯模式」(Context-Users-Providers model, CUP model)——透過初診斷、復發或疾病惡化、停止治療、病人死亡、過世後1年、過世後2年等六大關鍵時刻，結合醫療機構與社區資源，提供使用者更完善的悲傷支持服務。

及早準備 因應超高齡化社會到來

方俊凱表示，台灣志工資源眾多，在初期悲傷支持上能發揮即時且有力的協助，即使發生複雜性悲傷或者需要更多專業介入時，台灣亦具備高品質且充足的資源，「台灣的心理師須經國家證照制度取得資格，所以能提供一定品質以上的服務，這是很多國家沒有的。」

談起國外趨勢，各國方向不一，天災人禍不斷的美國在悲傷支持服務上做得最完整，而安寧發展最俱全的英國，著重預防勝於治療，並在慈悲關懷城市的布建之下，病人過世之前就開始進行家屬的悲傷支持服務，避免日後悲傷加劇惡化。

2017年世界安寧日之際，台灣也正式啟動慈悲關懷城市運動，而發起者正是當時擔任國民健康署署長的王英偉，他取經英國布拉德福德大學健康研究學院教授Allan Kellehear，於90年代所提出的「打造一個慈悲關懷城市」概念。

當時，台灣整體社會雖然距離預估進入超高齡社會的2025年尚有一段時間，然而已對此不安的未來提前準備，考量多數長輩主要生活空間仍是社區鄰里，因此社區如何針對長輩的健康識能狀況、失

慈悲關懷社區著重的是社區民眾彼此的關心，包含學校、工作場所、關懷點或教會等，人跟人之間的關懷。



智等狀況給予照顧，成為備受討論的議題，因此政府陸續推動高齡友善城市、失智友善社區、慈悲關懷社區等制度。

「當時我就在想，無論是高齡友善社區或失智友善社區都是偏於硬體與制度部分；但慈悲關懷社區顯得比較有人性，是一種溫度。」王英偉認為，集結過去所做的，再將慈悲關懷社區的溫度融入其中，就有可能讓更多社區裡的長輩無須到醫院，即使是在平凡不過的日子裡，也能被照顧到。

專家來台開講 慈悲關懷社區醞釀成型

為了能讓台灣迅速建立起慈悲關懷社區的概念，2017年底，王英偉即邀請Allan Kellehear來台進行6天的教育訓練，他笑言，起初Allan Kellehear對於台灣並不抱持期待，「這些年間，他受邀到很多國家分享，但是在許多地方，尤其是亞洲國家始終無法發酵推展。」

「但是那6天之後，他對台灣完全改觀。」王英偉笑容裡有驕傲。

王英偉常說：「感動以後就會衝動，衝動以後就會行動，行動完就會變成一個運動。」

在那6天的期間，Allan Kellehear深刻感受到學員們的感動，也嗅聞到了衝動，甚至在台北市立聯合醫院以及花蓮慈濟醫院所進行的某些社區照顧計畫中，看見了

部分的行動。

Allan Kellehear除了抱持期待，也進一步點出台灣當時對慈悲關懷社區的盲點，表示台灣的社區以及居家照顧，是醫療服務跟健康服務，但慈悲關懷社區著重的是社區民眾彼此的關心，包含學校、工作場所、關懷點或教會等，人跟人之間的關懷，才是慈悲關懷社區的軸心。

而台灣也沒讓Allan Kellehear失望，尤其是國健署以及台北市立聯合醫院紛紛積極進行相關計畫。王英偉坦言，自2017年至今過去整整5個年頭，要論成果仍難以碰觸達標線，「整個系統的推動需要時間跟推力，我們還需要再加把勁。」

此次國際論壇，王英偉也與來自加拿大的Bonnie Tompkins展開雙向座談，王英偉表示，加拿大推動慈悲關懷社區起步早，甚至可以說是由全民運動所討論而出的架構，「台灣過去在慈悲關懷社區這部分，大多是等著公部門指引方向，但政府承辦人員不是這方面的專家，專家是在民間，我們應當效仿加拿大，由民間好好思考可行的方案並提供政府參考進行。」

從悲傷支持走向慈悲關懷社區，無論國外或是台灣，歷經的都是一條不那麼容易的漫漫長路，然而也在彼此的討論與互相學習過程中，逐步建構出符合本國的系統與特色。2022世界安寧日國際論壇，也透過4位專家的精彩分享，充分撫慰心靈與社區。





2022世界安寧日——安寧線上聊心室

生死兩相安 從失去中追尋遺留下的禮物

整理・李寧

在COVID-19大疫之下，人與人的關係變得疏遠又親密，疏遠的是與外界的連結，親密則是與在同一屋簷下的家人相處，更懂得珍惜當下。然而，這場疫情也造成許多遺憾和離別，為此，「安寧線上聊心室」特別配合世界安寧日主題，製作「用愛撫慰心靈與社區」特別節目，呼籲大家都能成為溫暖療癒的力量，讓傷心之人得到撫慰。

對多數人而言，死亡仍是一道不可肆意觸碰的禁忌，話題背後藏著深層恐懼與不安，為此，台灣安寧照顧基金會開闢「安寧線上聊心室」節目，每集設定不同話題，邀請特別來賓輕鬆對談生死議題，讓觀眾正向看待死亡。今（2022）年10月更呼應世界安寧日主題，邀請到藝人曾寶儀、ICU（加護病房）醫師陳志金來跟大家聊聊心，討論在生命的失去中如何能得到更多的「禮物」，將這段撫慰療心的安寧時光送給大家。

失去帶來的遺憾與禮物

第一個教會曾寶儀什麼是「無條件的愛」的人，是她的爺爺，但爺爺卻在2011年無預警地從她生命當中離開。那個曾

一路牽著曾寶儀上下學、擔任她最忠實粉絲的至親過世後，如同一聲巨響的「鬧鐘」，給曾寶儀帶來莫大衝擊，「如果這個世界上無條件愛我的人不在了，還有誰會愛我？」歷經長達10多年的靈魂拷問，她看見書上的一句話，「每一個生命的失去，都是給在世的人一份禮物」，之後開始一點一點的找回自己，也在追尋過程中發現，「爺爺一直都在，而我會帶著這份愛繼續活下去」。

同樣失去至親的陳志金，曾走過一段艱辛、痛苦的歲月，「媽媽給我的禮物就是遺憾」，母親在他17歲那年悄然退出這個世界，當時拼命準備考試的他沒見上最後一面，令他帶著遺憾、憤怒、悔恨過日子，為了尋求母親死亡的原因，他努力

成為醫生，並在遇見太太之後，陳志金才在太太的耐心聆聽與陪伴中，慢慢獲得療癒，內心傷痛也逐漸撫平；但正因為這段經歷，讓他深刻理解病人及家屬的難與痛，終能發現曾經粉碎他的重大失去，竟是母親留下的最寶貴禮物。

從眼淚中站起來，曾寶儀與陳志金得到相同體悟，他們更懂得珍惜當下，珍惜與身邊人相處的時光。「將每天當最後一天過」，陳志金這麼說；而曾寶儀也深切覺察，過去她將死亡視為「粗魯的剝奪」，但經過不斷的探索與自我對話，如今她已能將其視為一份禮物，「從受傷到恢復的過程，最重要是喚起覺察的能力，才能得到那份一直都在的禮物。」

從失去到理解

經歷這漫長旅途中的心靈轉折，二位分別找到療癒自己及他人的方式。

「首先，你得先承認痛苦與悲傷真實存在」，曾寶儀認為，要寬容的對待自己，並成為自己最好的陪伴者。她不斷透過旅行、閱讀尋求生命出口，再寬容地給自己更充裕的時間，慢慢理解、消化，在豁然開朗後，她對周遭環境、人事物、經歷便充滿感激，「你只有失去的時候，才會意識到獲得」，喪親的傷痛在經過時間淬鍊後，化為更深刻的祝福。

發酵生命經驗的，還有身處在生死第一現場的陳志金，他始終堅持「救病人，



「安寧線上聊天室」邀請藝人曾寶儀（左）及ICU醫師陳志金（中）來跟大家聊聊天，對談生死議題。右為主持人郭雅慧。

也要救家屬」的信念，正是源自過去的創傷。因此他帶著「同理」，一次次化解病床前的衝突，也看見家屬想為病人多做一點努力或好好道別的心意。在忙碌高壓的照護場域中，阿金醫師不諱言，「這並不是醫療人員需要做的」，但他甘心樂意為病人「多做一點」，因為期待當家屬回顧過世親人時，思念與悲傷中仍能帶著溫度，而病家回饋的感謝也讓團隊獲得力量，創造出善的循環。

最末，曾寶儀談及在疫情期間的深切感觸，「這兩年多來，我感受到人們慢慢重拾對周遭人與事的關懷」，疫情讓社區鄰里間的關係持續轉變，從起初因為不了解而產生猜疑，到現在互相支持，無論是資源或是訊息的流通，都強化了彼此的連結，因此她樂觀看待疫情所帶來的變化。而陳志金則以自身為例表示，隔離創造出素日少有的全家團聚時光，因此轉個念想，這何嘗不是一件好事。

除了疫情，陳志金也提醒，大家在生命的最後都希望能完成「四道」，但是，何不在平常就做呢？「面對死亡讓我們獲得更多的是，可以把握活著的時間，珍惜經歷過的每一天」。



用無盡的愛，送你安心遠行

寧靜的最後旅途是幸福

整理・李寧

當道別的時刻來臨，你做好準備了嗎？如果說人生是一首曲子，曲中必定有跌宕起伏，演奏至最終章，回歸寧靜才讓生命樂章畫下完美休止符。在終將到來的休止之前，我們以愛相伴，休止之時，也將用愛，送你遠行。。

生命中最深的痛，就是面對摯愛逝去，最深刻的學習，也是面對死亡的那一瞬間，台灣安寧照顧基金會在2013年首次舉辦徵文比賽，於2014年出版第一本練習告別的作品——《如果有一天，我們說再見》，書中集結了37篇最真實的人生故事，邀請許多知名人士，如小野、王小棣、譚敦慈、林芳郁、鄭弘儀等，以及一般民眾與醫護人員面對生命的覺察和反思；間隔六年，安寧基金會再次舉辦徵文比賽，同樣集結佳作出版「關於放手」的第二本告別情書——《用愛，送你遠行》，這回邀請到「安寧之母」趙可式，以及曾寶儀、大師兄、葉揚等名人，親身分享如何放下不捨及思念，送摯愛最後一程時不留下任何遺憾，眾人將最真摯的心底話全收錄在此書中，用愛傳遞生命中無比動人的祝福。

曾擔任馬偕醫院院長的安寧照顧基金會董事長楊育正，卸下「接生大王」的

響亮名號轉攻婦癌，陪伴無數病人走過焦慮無助的抗癌過程，然而，他自己卻在2014年確診淋巴瘤，在那段垂危病榻的時日裡，楊育正打破他曾自以為能同理病人的自信，他引述德國哲學家海德格（Martin Heidegger）的名言：「人只有跟自己的死亡相遇，真實的自我才會顯現。」走過這段直視死亡的過程，楊育正重新看見重症患者、末期病人，甚至是家屬正在經歷的痛苦，因而能以更柔軟、體貼的方式，貼近這些哀傷的心靈。而多年前病人出院前的那句微弱但堅定的

值得珍藏的告別情書～
用愛，送你遠行

作者：台灣安寧照顧基金會
出版社：天下生活



「謝謝，再見」，更催促著他推動生命末期尊嚴的使命，楊育正自始至終期盼著，人人都能在生命終點線前被溫柔以待，也能微笑告別。

放下恐懼與悲傷 把握當下

「我不怕死，但害怕痛苦；不怕生病，但害怕苟延殘喘；不怕吃藥打針，但害怕失去人形……」這是「台灣安寧療護之母」趙可式，對於生命終站深刻的告白。16年前確診乳癌不但沒擊倒她，反而讓她更積極推動國內安寧善終工作，無私付出加上堅定的信仰讓她無憾表示，「多活幾天，或少活幾年，又有什麼關係呢？」

伴隨著死亡的難道只剩悲傷和遺憾嗎？不，事實並非總是如此。「爸邊大號邊練字、爸領到稿費太開心鈔票灑滿客廳、爸學妹妹唱聲樂……」這是資深媒體人詹怡宜對於過世父親的回憶「播放清單」。從一開始的不捨、不平情緒強烈糾纏，直到後來與家人想起爸爸在世時的爆笑種種，詹怡宜才明白，原來父親仍開心地「活」在這個家的原因，不是他刻意留下來的家書，而是大家共同記得的每段故事，情緒回歸平靜，也讓回憶中的播放清單更加清晰。

以愛陪伴 尊嚴走向終點

「趕進家門那一幕，我看到母親側躺



在父親旁邊，頭靠在一起，一手攬著他的肩，一手撫摸著他的臉……」畢雁翹的父親在高齡時被診斷出大腸癌，由於年事已高，遂依循病人的心願，與腫瘤和平共處。

畢父在這段居家靜養的期間，陸續圓滿了不少心願，過了金鼠年春節、吃了91歲壽桃、慶祝50週年金婚等，甚至看到外孫大學畢業。對於生命終點的到來，畢父豁達表示，「我的願望都達成了，這輩子沒有遺憾了。」

隨著病程推進，道別的日子終究是要到來。畢雁翹形容，父親就像熟睡了，因為沒有最終的輸液、打針和餵食，讓他的身體沒有多餘負擔，以一個乾淨純潔的身軀，充滿尊嚴地走向終點。

一場安詳寧靜的死亡，是出自於家屬對病人無限的愛，不僅幫助末期病人走得更有品質，也幫助家人更快走出悲傷，經歷過這一回，讓畢雁翹體悟到，「原來什麼都不做，也是一種體貼」，這是需要多麼偉大的愛才能做到。在這些深刻反芻的故事裡我們也看見，用愛送別，帶著祝福遠行，就是生死兩相安。



封面故事

高齡與安生





生老病死、年老體衰是無可違逆的自然法則，
但我們可以藉由現代的醫療方式，
讓老後的生活更有品質。
藉由安寧緩和照護的方法與觀念，
讓罹患其他疾病或體衰的長者，
也可以接受更周全、適切的照顧，
讓高齡長者安享天年，
生死兩相安。

將衰弱老人納入健保安寧給付對象中 政策步步走向完整 滿足國人安寧照顧需求



整理・涂心怡 圖・Shutterstock

▶ 面對人口高齡化趨勢，台灣安寧緩和照護運動逐步走向多元與全面，2022年6月1日起，更在癌症與非癌八大類之外，增列4類對象，其中末期衰弱老人即是其一，期待能透過政策的支持，為衰弱老人帶來更周延的照護。

預估就在2025年，台灣將進入超高齡社會，面對高齡者的長期照護及善終需求人數與日俱增，政府及醫療體系無不繃緊神經，超前部署。檢視台灣安寧療護對象侷限於「病人」，沒有特定器官重大疾病、卻因年邁造成的「衰弱」的長輩，往往因病程難以評估，失落在醫療網絡中。

衰弱不只是年紀帶來的退化問題，而會伴隨失能與生活品質低落，偏偏這些衰弱老人卻因為政策與醫療現況，難以在衰弱症進入末期時準確銜接安寧療護服務，為了能讓衰弱老人的醫療和生活照護得以無縫銜接，因此健保署在彙整各單位意見並研議審定後，於2022年6月1日公告實施安寧給付增列對象，將衰弱老人納入其中。



衰弱不只是年紀帶來的退化問題，還可能會伴隨失能與生活品質低落等問題。

循序漸進 大開安寧照護之門

前國民健康署署長、目前為花蓮慈濟醫院緩和醫學中心主任王英偉表示，台灣第一波安寧緩和照護運動自1983年

展開，首次將安寧療護概念帶進台灣，當時，照護對象以可以明確分期的癌症病人為主，並發展安寧病房、共照與居家安寧等。

第二波則推動非癌症安寧服務；王英偉擔任署長期間，更積極銜接第三波運動，著重老人安寧、兒童與新生兒安寧、癌症早期緩和照護、社區與長照安寧、新科技引入安寧療護、病人自主權利法與慈悲關懷社區／城市等。

同時推動豐富多元的內容，來自多年醞釀，回憶十幾年前擔任國健局副局長期間，王英偉在一次機緣下研讀Allan Kellehear所著的《Empowerment for patient and family in the community（健康促進的緩和照顧）》，「作者以公共衛生的概念看待緩和照顧，將健康促進也包含了末期照顧階段。」

王英偉時常告訴學生，若要以一個英文單字代表健康促進，無疑是Empowerment，增能賦權，「從生到死都要健康促進，要讓民眾有足夠的能力來照顧自己的健康。」

2017年王英偉前往梵諦岡簽署「老人安寧療護世界宣言」，心中對老人照顧的種子也有了發芽的機會。當時全世界安寧專家皆匯聚於此，透過臨床、病人與家屬、人權、靈性宗教等四大面向討論老人照顧問題。

「當時台灣對老人照顧的輪廓，還

是以慢性病照護為主軸。」王英偉進一步分析，由於長者大多都有多重慢性疾病，頭痛醫頭、腳痛醫腳，分科醫療造成重複用藥等問題，生命末期照護也成為各科間的模糊地帶。

「其實，『衰弱』本身就是一種疾病。」國健署委託台灣安寧緩和醫學學會編纂《衰弱老人安寧緩和醫療照護指引》，醫療界亦肯定其重要性，面對衰弱老人得以納入安寧給付對象，王英偉表示欣慰，「當衰弱被健保認定是會造成死亡的因素之一時，就能更全人的去看待衰弱老人的醫療需求。」

健保全力支持 扶持衰弱老人照護上線

「過去，許多人認為衰弱老人的醫療照顧很難看到顯著成效。」健保署署長李伯璋在醫界多年，臨床上看見不少因此造成醫療不足的遺憾，而與他有同樣覺察的人雖不多，但也匯集為一股力量，「安寧專家、團體或部分醫護也開始注意到，衰弱老人有其安寧緩和照護需求」，有時在醫療與生活照護緊密配合下，原本衰弱的老人還能因為享有更好的生活品質，而重回相對健康的狀態。

李伯璋肯定表示，民間發聲的力量功不可沒，健保署對此也樂觀其成，因此積極部署，網羅各方意見，於2021年10月7日召開「安寧療護支付標準修

訂討論會議」，邀請安寧相關學會、中華民國醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會等團體，就收案條件修訂進行討論，並於次年3月10日於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」中提案討論通過增列包含末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款條件病人及罕見疾病或其他預估生命受限者等4類對象。

其中，考量衰弱老人常見多重共病，其功能衰退速度及存活期難以預測等問題，加上可能因慢性失能，長期居家或入住照護機構，因此衰弱老人的安寧醫療照護於2022年6月1日展開。

而安寧居家照護場域除原有的機構外，另2022年3月1日新增住宿式長照機構及退輔導會榮譽國民之家；另一方面，為了因應住民緊急照護需求，更要求提供安寧療護的機構應提供24小時電話諮詢。此外，6月將衰弱老人納入安寧健保給付之後，也增訂醫師、護理師緊急訪視

費用支付加成，藉此鼓勵提供即時且更周全的照護。

多年計畫奠下基礎 推動加速前進

衰弱老人照顧政策雖已逐步完善，但李伯璋坦言，雖然有如Supportive & Palliative Care Indicators Tool（簡稱SPICT）等評估工具協助醫師診斷出衰弱老人，然而這對醫師而言依舊是挑戰，「必須考驗醫師察覺病人衰弱的敏銳度。」

即便如此，李伯璋仍樂觀表示，目前健保署與醫界正積極從避免不必要的檢查與藥品上的浪費、調整部分負擔等方面，讓資源有更合理的分配，尤其是安寧給付，「只要國家制度完善、足夠資源，加上全民同心支持，台灣在這方面有信心能做得很好。」

李伯璋口中的全民同心並非口號，而是近幾年已經起步的社會運動。

例如國健署2017年至2019年委託安寧緩和醫學學會執行的「老人安寧培訓及推廣計畫」，不僅大量研讀國外文獻，也多次找來國內外專家舉辦討論會議，並到台灣各地舉辦座談會，邀請在深入社區裡照顧衰弱老人的診所醫師、醫院安寧團隊，以及包含社工、心理、物理治療、職能治療、社區長照工作人員等，反覆對話交流，分析國外作法及國內困境，進以描繪出本土化衰弱老人





隨著高齡人口增加，以住院或僅由安寧專業人員提供末期醫療照護的模式已逐漸無法滿足需求，需要社區居民共同參與。

的照顧脈絡。

除此之外，羅東博愛醫院家庭醫學科主任張賢政對於衛福部醫事司於2018年委任8家醫院輔導社區基層院所，推廣「安寧緩和社區照護模式計畫」也深表認同，「雖然計畫僅有短短8個月，但也因此培育出許多基層診所、居家護理所願意且能夠投入居家安寧行列。」

張賢政表示，當計畫結束，部分的行動依舊熱切支持，以羅東博愛醫院在地統計，目前當地投入居家安寧照顧的診所，其所負責的患者高達7成皆為非癌症病人，而其中絕大部分都符合衰弱老人的條件。

隨著高齡人口增加，傳統以住院或僅由安寧專業人員提供末期醫療照護的

模式已漸漸無法滿足需求。李伯璋也表示，Allan Kellehear所提倡的「慈悲關懷社區」尤其重要，「社區民眾的增能賦權與參與，能讓更多的衰弱老人得到妥善照顧。」

未來健保署除了定期邀集相關專家與團體，共同審視安寧療護收案條件及相關規範外，也將提升安寧療護的品質。

隨著衰弱老人已被正視，王英偉也期待在政府與民間的齊心協力之下，逐步走向第四波運動——不要遺漏任何一個人，「例如有認知障礙、身心障礙，以及遊民跟受刑人等，面對這些醫療弱勢中的弱勢，在台灣安寧緩和照護發展逐步成熟時，也必須開始思考讓每位國民都能享有足夠照顧。」



衰弱老人——不易覺察的安寧需求 走向健全與互助體系 照護更完善

口述・張賢政 整理・涂心怡

▶ 老衰在日常生活中常不被視為疾病，因此衰弱老人的安寧善終需求也因此未受重視。自2022年6月起，末期衰弱老人正式納入健保安寧緩和醫療給付的適應症，醫療與照護團隊也正緊跟需求及政策，健全相關評估與照顧專業內涵。

安寧專科醫師訓練初期聚焦癌症，而後擴大至器官衰竭病人，無論癌症或是器官衰竭，醫生多可憑專業和經驗掌握病程脈絡，讓安寧緩和療護得以在適切的時間點啟動。然而有別於癌症與器官衰竭，「衰弱」是一種既緩且長，又融合進日常生活的疾病，因此安寧緩和醫療究竟何時該介入一直是個難題。

隨著國內高齡人口日益增多，已可預見末期老衰將是未來的高齡照護重點之一，不僅政策已率先看見衰弱老人的善終需求，醫界也正加緊腳步，透過評估量表、訓練課程等，期待提升醫療從業人員的照護敏感度，讓

專業適時介入給予協助。

曾被忽略的一角 難以察覺的衰弱

「衰弱是會變嚴重的，也會使生命受到威脅，但這個觀念目前還沒有建置在民眾或次專科醫師的思考邏輯中。」羅東博愛醫院家庭醫學科主任張賢政長年投入安寧緩和照護，提起衰弱老人，話語中稍有遺憾，「經濟或照護條件比較好的病人，可能可以透過單科或多科就醫獲得相對比較多的醫療照護；即便如此，隨著日益衰弱的過程或是進入末期衰弱時，依然會有許多需求並非多科醫療可以滿足。」

高齡者的衰弱容易被忽略，老衰問題也非看診、吃藥或是一次住院就能解決，以目前台灣高齡化速度看來，即將



面臨的大量老、衰、死病人，更不是多開幾間安寧病房就能解決。

張賢政進一步解釋，身體衰弱是一個過程，初期衰弱就需要專業協助，不見得是吃藥，有可能是藉由合適的飲食與運動，以減緩衰弱，若處理得當，甚至能因此獲得更好的生活品質。

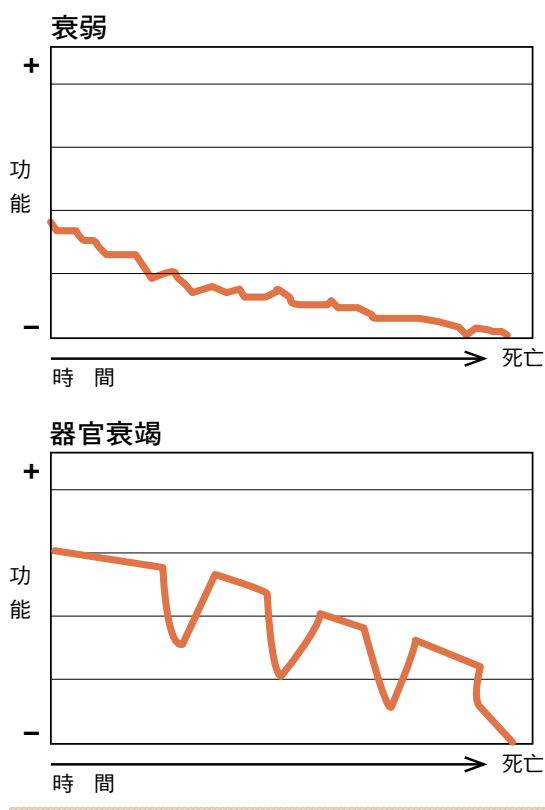
根據研究顯示，衰弱者常見的嚴重的問題，例如跌倒造成行動能力低下、失能、依賴，比起不是衰弱者的長輩，更容易進展至需要住到長期照顧機構接受照顧；此外，衰弱者的死亡風險比起許多單一疾病患者也較高。

張賢政拿出生命曲線圖說明，衰弱老人的生命曲線不像器官衰竭病人那般，出現大幅度的動盪，常常只是小波折，但整體卻持續下滑，「衰弱老人在面臨每一次的醫療事件後，曲線就會往下掉一點點，但不易讓人覺察，也很難預估。」

另一方面，現有的國民意識或是醫療照顧體系中，大多仍傾向從器官的觀點看待疾病，張賢政認為，衰弱老人的每個「不舒服」，在症狀與嚴重度來說可能都相對輕微，例如心臟不見得嚴重衰竭到需要就醫，腎臟也不見得衰竭到要洗腎，「因此衰弱不僅常被家屬忽視，在醫療分工細緻、次專科化的台灣醫療系統中，也可能會被略過。」

頭痛醫頭，腳痛醫腳，各科都看過，藥物也越吃越多，但老人家仍然逐

生命及生活功能曲線



步走向衰弱，氣餒的不只是病人本身，家屬亦同，煩惱老人是否疏忽吃藥？抑或懶惰不運動？各種的質疑與不理解在衰弱老人的家中交結糾葛，令人感到無奈。

評估三步驟 助第一線判斷需求

然而在醫療現場真的只能無可奈何的接受現狀嗎？張賢政並不認為，且肯定表示，早在許多年前，台灣醫界早已看見衰弱老人的需求與存在，並積極向國外學習、反覆調整，以建構台灣在地化

的衰弱老人評估與照護模式。

2019年在衛生福利部國民健康署的支持下，由台灣安寧緩和醫學學會集結涵蓋生理、心理、社會及靈性等第一線人員，共同編撰《衰弱老人安寧緩和醫療照護指引》，並發展相對應的線上教材供教育訓練推廣之用。

有關衰弱老人何時開始適合接受安寧緩和照顧，在指引中建議，以三步驟的評

估模式加以判斷。

第一個步驟，是在臨床場域中，發現功能下降的衰弱老人。

可透過「長者衰弱評估表（SOF）」或「Linda Fried評估量表」，篩選出有需求的衰弱老人，其中初期衰弱者，可提供適切的照護、治療以及功能訓練等，改善衰弱或延緩衰弱進展速度。

第二步驟即是評估預後，預期存活時



Supportive and Palliative Care Indicators Tool(SPICT™) 2019



衰弱評估量表

花蓮慈濟醫院謝至鏗醫師譯



SPICT™ 是一份評估患者是否處於持續惡化之健康狀況的指南。
評估這些患者是否存在未被滿足之支持療法及緩和療護需求，並安排治療計畫。

健康狀況不佳或惡化的一般性指標

- ☐ 非預期性之住院
- ☐ 身體功能狀況不佳或持續惡化，且恢復的可能性不高。
（例如：一天中一半以上的時間須待在床上或椅子上）
- ☐ 由於身體或心理健康狀況之惡化，需要依賴他人之照顧。
照顧者需要更多之協助與支持。
- ☐ 持續體重下降；持續體重過輕；肌肉量過低。
- ☐ 儘管對於相關之狀況都給予最佳之治療，其症狀仍持續。
- ☐ 患者或家屬要求緩和療護；要求減少、停止或拒絕治療；或希望將照護重點聚焦於生活品質。

預期生命期受限情形之臨床指標 失智／衰弱

- ☐ 沒有別人幫忙無法穿衣、行走或飲食
- ☐ 進食及飲水量減少；吞嚥困難
- ☐ 大小便失禁
- ☐ 無法用口語溝通，極少社交接觸
- ☐ 頻繁跌倒；股骨骨折
- ☐ 反覆發燒或感染；吸入性肺炎

檢視現有之治療方式及治療計畫

- ☐ 檢討目前的治療和用藥，使病人得到最佳的照護；簡化多重藥物之使用。
- ☐ 如果患者之症狀或問題十分複雜且難以處理，考慮轉診給專科醫生評估。
- ☐ 與患者和家屬對現有及未來之治療計畫取得共識。提供家庭照顧者支持。
- ☐ 如果預期患者有喪失決定能力之風險，要提前做好這些準備。
- ☐ 治療計畫之紀錄、溝通與協調。

間是否少於1年。

張賢政坦言，評估存活期始終是衰弱老人領域中最棘手的一環，如今透過The Frailty Index、Canadian Study of Health and Aging-Clinical Frailty Scale (CSHA-CFS) 以及Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 等衰弱評估量表，都有助於存活期預估參考，也可以使用驚訝問題。

第三步驟使用SPICT，評估是否轉介至安寧緩和照護。

前項所提到的SPICT量表亦可延伸至此。面對需求無法被滿足的衰弱老人，透過原本的家庭醫師加強照顧，或可尋求緩和醫療團隊協助。

加快腳步 照顧從醫院擴散到基層

目前在衰弱老人照護領域中執行最完整周詳的國家，張賢政認為，英國值得一提。但英國的醫療體系有明確的家庭醫師制度，可由家庭醫師擔任核心照顧與觀察要角，因此需要時能適時轉介專科團隊，可惜這種照護流程很難直接複製到台灣。

「隨著癌症、器官衰竭等治療愈來愈進步，人們較不會因單一癌症或單一器官衰竭而死亡。」安寧病房有限，衰弱老人衰退緩慢且照顧過程漫長，張賢政表示，目前除了家醫科、老人醫學科醫師積極投入其中，其他專科醫師也必須要有基本知識，再者社區診所醫師的投入，也將有助於台灣在衰弱老人照顧上大步跨前。

「舉例來說，如果老人在家接受有居家醫療團隊照顧，那麼當病程進展到衰弱的時候，最理想的初步安寧提供者就是這個團隊；若老人本身因單一器官疾病在醫院就診，這些專科醫師也能先兼顧他的緩和醫療需求。」前端有基層醫療的支持，一旦衰弱加劇，就可以透過轉介，讓安寧專科團隊即時介入。

「這早已不只是理想，而是已經逐漸落實且持續進步中。」張賢政欣慰表示，近年衛福部醫事司與國健署等單位，皆陸續以不同內容的計畫案，推動基層醫療的安寧療護，如有部分縣市嘗試由醫院輔導基層診所醫師、小型地區醫院或養護機構的醫護人員，共同分擔安寧照顧需求。

「隨著診所醫師在這些工作的參與深度與經驗值愈來愈高，衰弱老人的照護能量也在積極提升中。」加上COVID-19疫情大爆發，基層醫師投入居家隔離病人治療，無疑也為衰弱老人的安寧緩和照顧模式奠下基礎。

張賢政進一步分析，台灣人口高齡化速度陡升，比大部分國家都快，「我們從7%變14%，或是從14%變20%的速度，在全世界都是數一數二的快。」因此衰弱老人需要更多社區基層、長照機構，甚至是跨醫院的合作，才能滿足廣大需求，張賢政有感而發表示：「在這個快速老化的時代，醫療與照顧體系的整合性因應必須加快，而且刻不容緩。」 

超高齡社會到來 面對長者安寧療護 各國在挑戰中成長

口述・陳炳仁 整理・涂心怡 圖・Shutterstock

▶ 歐美國家從2000年起陸續邁入超高齡化社會，關於長者末期醫療照顧和死亡準備規劃逐步周全，並發展專屬於失智與衰弱症老人的評估量表，進以擬定緩和醫療照護計畫，可成為台灣的最佳借鏡。

面對超高齡社會到來，各國無不開始進行討論與決策，無論透過法律的制訂、政策的支持與民間的倡議等，逐步討論並發展更周全的老齡人口照護體系，其中也包含安寧緩和療護。

長期投入失智症整合照護的高雄醫學大學家庭醫學科與老年醫學科主治醫師陳炳仁，前往歐洲國家參訪與學習期間，看見了荷蘭與英國對於衰弱老人安寧緩和醫療的周全。

邁向超高齡社會 各國的挑戰與省思

「安寧療護不該只是疾病專屬或是末期限定，應該是更多元的高齡者照護選項。」台灣在2018年正式進入高齡社會，預期將於2025年邁向超高齡社

會，陳炳仁翻開研究表示，人們在生命倒數的3、4個月所花費的醫療支出，有可能遠超過其一生醫療費的總和，各種數據也呈現出，這段期間的維生醫療處置經常是無益醫療，讓病人極度受苦且毫無生活品質，「在如此狀況下，政府開始思考是不是應該把安寧療護的制度跟觀念強化，因此老年安寧的問題就慢慢變成國家政策。」陳炳仁表示，日本雖是眾所皆知全球高齡化最嚴重的國家，但以整體而言，歐美國家早在90年代就進入高齡化社會，其中歐洲於2000年之後更跨入超高齡社會，美國與加拿大則在2010年之後也跟隨邁進，因此歐美國家對於老人安寧緩和醫療的政策與實務已有相對周全的輪廓，針對老年族群可能會遇到的種種問題，



英國重視老人安寧療護，且在地社會倡議能量豐沛，衰弱老人、高齡化以及緩和醫療已成為近年的主流話題。

如多重共病、失智、失能、衰弱等幾大面向，進一步思考生命晚期醫療照護問題。

其中針對老人的衰弱問題，陳炳仁分析，約在2000年至2005年間，愈來愈多人開始對此進行討論，並針對衰弱症提出臨床衰弱量表，當時序來到2010年至2011年，包括加拿大、荷蘭、西班牙、紐西蘭、墨西哥等，則陸續將老人緩和醫療納進國家政策中，其中最完整的報告來自世界衛生組織（WHO）歐洲辦公室於2011年所提出的《老年人緩和醫療白皮書》，統整歐洲主要發展計畫與相關照顧面向，在此之後，各國也慢慢發展相關臨床指引，

而台灣則在2016年與2018年分別編纂《失智症安寧療護指引》與《衰弱老人安寧緩和醫療照護指引》。

老人緩和照顧 重點決策議題

陳炳仁表示，各國編纂的指引方向略有不同，如紐西蘭、英國與荷蘭最為完整，針對不同場所，如長照機構、居家等各有所指引；而新加坡與日本則傾向針對特殊議題，如營養、水分、感染症處置等進行編寫。

然而，各國在發展法規、政策以及照顧內容上，其所涵蓋的面向大多不脫離WHO所定義的核心——身、心、社、

靈等全人處置，與病人及家屬的溝通和照護計畫討論，生命最後幾周到幾天的照護、家屬的照顧及協調性與連續性。

「其中協調性跟連續性，包含安寧療護的介入時機。」陳炳仁進一步解釋，疾病診斷後的緩和醫療應與生命末期的安寧療護脫鉤思考，尤其衰弱老人生命歷程較長，緩和醫療可從症狀處理及舒適照護等層面開始逐步介入，但同時做好當急性或嚴重症狀發生時的照護選擇，「意味著不同科別與不同照顧場域間必須有協調串接的機制，此即協調性；而延續性則是指從疾病初期的緩和醫療至生命終點，甚至家屬的哀傷撫慰等安排，都必須要互相接棒，而非讓後續接手的照顧者無法得知照護方向，只能憑藉醫療慣性來安排。」

對此，一篇調查結果顯示，紐西蘭表現最佳，無論是在五大核心內容，或是緩和醫療早期介入、國家資源配置

等，皆已在法規及臨床指引中充分規劃。此外，荷蘭、英國、奧地利以及新加坡、墨西哥等國也名列前茅。對此，陳炳仁語帶遺憾地認為，台灣應該也是其中一員，可惜礙於國際政治局勢問題，因此沒有被列入評量。

老人照護 為共融社區的一分子

曾至荷蘭參訪，並在英國完成博士學位的陳炳仁，在這兩個國家都看見了社會公民對於老人安寧療護的高度重視。

他以安寧緩和醫療搖籃與起源地的英國為例，在地社會倡議能量豐沛，衰弱老人、高齡化以及緩和醫療更是近年來的主流話題，「對他們來說，這是一個提升生活品質的事情，是基本人權，因此善終價值始終深植民心。」

陳炳仁也觀察到，不僅社會討論度高，相關非營利組織也不少，每年為此捐款的金額足以支撐國內7成的安寧緩和醫療計畫，在如此龐大的公民共識之下，非營利組織也更積極投入經費、人力與時間，以成就更周全計畫目標——例如英國最大的老人NPO組織Aged UK就做了一份40頁的文宣資料，教老人如何思考未來、參加社會處方活動，並提前預立醫囑；而英國最大的癌症與安寧NGO組織Marie Curie不僅成立多間安寧院，更聘僱護理師，於全國各地服務



衰弱老人生命歷程較長，緩和醫療可從症狀處理及舒適照護等層面開始逐步介入。



超高齡社會到來，各國均透過律法的制訂、政策的支持與民間的倡議等，逐步討論並發展更周全的老齡人口照護體系，也包含安寧緩和療護。

有需求卻無法負擔私人護理師費用的長者，成全他們在宅善終的心願。

「在那塊土地上，你不會覺得最後的安寧療護一定是在醫院。」陳炳仁肯定地表示，他在英國看見了社會整體的支援與支持，甚至發展出相關多元的計畫，他也曾到安寧院做志工，訝異發現，安寧

院的建築與社區一般民宅幾乎無異，而且社區的居民會主動到安寧院當志工，學校也很樂意安排孩子到安寧院參訪，「完美的體現何謂安寧的共生共融社區。」

緩和安寧介入時間 家庭醫師制度成助力

除了英國之外，陳炳仁也讚嘆荷蘭的不斷創新，無論是在法規、社會資源、公民社會中，對老人照護問題的討論從未間斷，「在荷蘭，不管什麼事情都可以拿出來討論，包含紅燈區、毒品使用等，而經過公眾討論後也會組織成決策或新的服務模式，他們的老人照護制度也是如此，因為是在公共辯論中激盪成型的，因此內容相當豐富且貼近實務需求。」除了看見公民與社會的全力

社會處方箋 (Social Prescribing)

是一種結合音樂、藝術等活動的醫療處方。有別於傳統藥物治療的概念，是從心理健康的預防與管理出發，透過醫療機構與在地組織的串連，提供患者全面性的照護支持服務。英國將其納入國民保健署的長期計畫項目之一。

動員與投入，陳炳仁也發現，荷蘭、紐西蘭、英國這3個老人安寧療護做得最出色的國家還有一個共同特色，即是家庭醫師制度。

陳炳仁表示，在這些國家中，幾乎所有人都有家庭醫師，日常的家庭照護會由家庭醫師提供，當要啟動安寧，或是需要接受安寧專科醫師的評估、檢查以及治療時，家庭醫師也會協助轉介跟協調，「在此環環相扣的制度規劃下，安寧療護的啟動與銜接就更順暢。」

借鏡國外 台灣逐步邁向完善

將目光轉回台灣，自2022年6月1日起，末期衰弱老人正式納入健保安寧療護照護對象，並參考Supportive & Palliative



若有環環相扣的制度規劃，安寧療護的啟動與銜接會更順暢。

Care Indicators Tool（簡稱SPICT）建立收案評估標準，陳炳仁說明，SPICT是由愛丁堡大學依社區與家庭醫師的收案病人逐步發展出來的評估量表，與常見以醫院病人為對象的研究有所不同。

有別於癌症病程明確，非癌疾病、失智、衰弱症等的末期，相對難以預測，且疾病歷程長，因此較好的方式是在疾病診斷後就安排緩和醫療的介入。

「SPICT的核心就是期望透過指標找到整體健康狀況衰退的依據。」陳炳仁舉例說明，倘若長輩開始出現日常功能惡化且不可逆、部分身體或心理健康問題需仰賴他人照顧、體重明顯減輕，或是原本疾病症狀已經無法由原團隊處理等等，「SPICT主要是篩選出需要接受緩和療護的長輩，與癌症的末期安寧照護或臨終預測其實是不一樣的。」

陳炳仁肯定SPICT是作為支持性與緩和醫療指標工具的指南，也符合現行對於衰弱老人緩和醫療的想像，藉此在衰弱老人有照護需求或者現行醫療提供模式已經無法滿足其整體照護期待時，即時啟動緩和醫療的介入。

「目前台灣健保針對末期衰弱老人，也是建議使用SPICT量表進行收案評估，但多數醫療院所仍沿用癌症末期症狀的收案條件。」陳炳仁表示，這將是台灣在新增末期衰弱老人作為安寧療護收案對象之後，最重要的挑戰。



社區照顧的好芳鄰

居家護理所 伴長輩舒適終老

口述・圖片・郭芳雅 整理・涂心怡

➤ 居家護理所是讓醫療、照護彼此銜接的在地要角，除了適時提供醫療與生活照顧的諮詢，也協助媒合社會資源，無論對失能、年長或是照顧者而言，無疑都是生活中最可靠的好鄰居。

在嘉義義竹，有一間會把辦公室大門打開的居家護理所，除了到個案家提供居家護理，也隨時歡迎面臨照護困境的人來到這裡尋求協助。

共樂居家護理所創辦人郭芳雅表示，在醫院，護理人員所能提供的是急症處理及疾病症狀護理工作；但在社區，護理人員能做的事情就變得廣泛，「走進社區，更多的目光放眼在『照顧』。」

切身之痛 成為創業能量

郭芳雅曾體會過陪伴長者走向終老的那些無助與無奈，而且不只一次。

雖然已經是10年前的事情，但是那兩段回憶在郭芳雅的腦中卻始終鮮明。她第一位照顧的長輩，是自己的奶奶，當被醫院宣判是肺癌末期時，奶奶第一時間拒絕治療，並且堅持回到最熟悉的家。

「當時主治醫師主張積極治療。」

談起當時離院時的情景，郭芳雅的語氣裡沒有責備，更多的是恐懼，「醫生告訴我們，疾病會導致奶奶越來越喘，若堅持要回家，一旦喘起來也別再把她送回醫院了。」

身為一名護理師，郭芳雅深知，沒有醫療系統的支持，那一刻到來時，即便身負專業仍會無所適從。

不久之後，奶奶離開了，但命運沒有輕易放過她，先生的奶奶接著倒下。

當家人需要復康巴士協助就醫時，自己雖然擔任長照專員，卻也無法約到車子接送，老人家往返醫院的困難，不僅讓家人感到挫折，也為老人家深感不捨。

送別兩位長輩之後，她體會到居家照顧的困境，除了癌末照護困難重重，社區裡更多的是自然衰老的長者，因為家屬資源不足，最後無法舒適終老，因此她總想：「我是不是可以用我的專業為長輩做一點什麼？」

於是，搭上長照2.0的浪潮，她選擇回到家鄉，在嘉義海線的義竹地區開設「共樂居家護理所」。郭芳雅進一步分析，依健保給付規定，若僅一般換管，居護所每一名人員可以承接100名個案，但在共樂居家護理所，每一名人員所承接的個案數始終不超過50位，「只因我們做的事情不只是換管，更多的是資源媒合與照護教導。」

緊急支援 避免過與不及的照護

嘉義義竹地區人口老化嚴重，根據資料統計，65歲以上的長者占總人口約27%，加上年輕人外移，在地普遍對於疾病及衰老的照護認識不足。

「居家衰老個案首先遇到的難題，是當長輩進食狀況變差，營養不足導致，進而影響生活自理能力時，該怎麼辦？」郭芳雅表示，不少看似逐漸衰弱的長者，經專業評估後，未必需要在第一時間就進入長照醫療系統，有時只要多多參與社區據點活動，透過人際交流

與活絡肢體的運動，就能找回朝氣。

另一個常見的難題是，長者有可能因為急性感染而臥床，長期觀察下來，郭芳雅將無所適從的家屬分為兩類，一是緊急送往急診，而另一部分則誤認是自然老化而沒有更進一步的作為。

「此時居護所可以協助的，就是串接醫療介入，讓長輩獲得醫師的診斷。」郭芳雅以之前剛服務過的一名長者為例，原本老人家還可以行動自如，不過幾天的時間就虛弱臥床，「驗血結果顯示她只是電解值不平衡，更深入了解才知道是這幾天跟兒子在嘔氣，不吃不喝導致的。」

團隊除了讓奶奶補充電解值飲品，也特別叮嚀家屬，要注意飲食中水分供給，並進一步將照護重點交接給平常照顧老奶奶的居服員。

郭芳雅坦言，面對自然衰老的長者，居護所除了在緊急感染或是炎症出現時，必須得頻繁探望照護外，平時他們的角色反倒更像個擁有專業知識的芳



共樂居家護理所進行居家訪視，並指導外籍看護員照顧技巧。



共樂居家護理所在據點為長輩進行頭療活動，也可促進長輩多與人交流。



鄰，提供家屬、居服員，甚至看護等，更多照顧長輩的技巧，必要時，也能即時提供資源媒合。

曾有位剛動完心臟手術的長輩，術後體力大不如前，讓家人擔心不已。經過評估，郭芳雅認為，長輩之所以在術後返家依舊臥床，可能是因為手術後導致的體能虛弱，但有恢復之機會，於是她除了提點家人在飲食與生活照護上的技巧，更進一步導入賦能資源。她開心地說：「一陣子過後，原本需要坐輪椅回診的長輩，現在已經能用助行器自在行走了。」

在地照顧 老有所安

自2019年創業以來，郭芳雅守護著許多長者從能走能動，漸漸衰老失能，最後抵達人生終點，也在過程中看見了更多需求。

她以鼻胃管為例，隨著長者進食越來越少，團隊會和家屬一同溝通、思考是否有裝鼻胃管的必要。郭芳雅無奈表

示，許多家屬擔心長者若沒裝鼻胃管會感到飢餓，還想經由灌食給予營養，「但其實有些長者是不需要的，即便有鼻胃管也不能延長壽命，反而引起水腫、或消化問題，很多自然老化狀況是不需要這些管路的，他們需要的是更多耐心。」

因為看見了需求，郭芳雅在創業初期，就做出大膽的決定——打開居護所的大門。

「讓居家護理不再僅守原本換管服務，而是依照社區需求長出資源。」讓長者與照顧者隨時可以得到協助，郭芳雅認為，居護所必須在社區裡及時接住案家所拋出的求援之索，「不見得是需要醫療處置，有可能只是照顧問題，但如果我們能及時接住，他們可能就不必一直往返醫院。」

在地照顧，只願老有所安，郭芳雅坦言，共樂居家護理所承擔的已經不僅止於護理的角色，這些年來，他們看見自己幫助長者們少點奔波，也讓照顧者們不再茫然無助的價值，「再忙，都值得。」❤️

失智症安寧緩和醫療實務論壇

最後一哩路的陪伴與抉擇 台灣的現況與挑戰

紀錄・涂心怡 圖・Shutterstock

➤ 為了讓失智者度過舒適與尊嚴的最後一哩路，社團法人台灣失智症協會邀請政府、醫界、社會共同對話，於2022年8月5日舉辦《最後一哩路的陪伴與抉擇～失智症安寧緩和醫療實務論壇》，透過線上討論，為失智者的安寧緩和療護共同發聲。

根 據健保資料庫研究顯示，台灣約有31萬失智人口，平均每74人就有1人失智，2009年健保將安寧緩和照護的給付範圍擴大到8種非癌症疾病，其中也包含失智症。然而，這十幾年來，死亡前曾接受過健保安寧療護的失智者卻相當有限，為了實現「讓所有人都有機會善生與善終」的目標，該如何讓失智症病人能充分接受安寧緩和照護，對台灣而言，無疑是巨大的挑戰，也是刻不容緩的議題。

機構善終 全面支援

「生老病死本來就是人生必經的路程，我們該如何讓失智症病人安享晚年、壽終正寢，這是基本的人權。」花蓮慈濟醫院緩和醫療科主任謝至鏗，在這場研討會中強調，無論長者是在機

構、醫院或是家中離世，都應該接受高品質的臨終照護。

根據統計，2019年至2020年3月，全台22縣市住宿式長照機構中，失智症盛行率高達87.1%，若從當時機構床數及占床率推估，高達8.5萬失智者入住長期照顧機構。

謝至鏗進一步表示，這些失智者大多年紀長，平均罹患3至4種慢性疾病，如高血壓、中風、糖尿病、關節疾病等，相對醫療資源需求也高，然而就他長年觀察，目前台灣醫療資源並未對失智長者共病情況有合宜的整合機制，因此時常發生長者反覆住院，甚至在臨終階段還是被轉送入院的現象，無法妥善的接受安寧療護。

曾有研究統計，比起一般病人，失智症者的住院日數更長，入住加護病房



目前台灣醫療資源還未對失智長者共病情況有合宜的整合機制。

頻率更高，並接受更多的侵入性治療與急救措施，然而，用來緩和病症疼痛的嗎啡劑量卻比非失智症病人比重還低。

明明長照機構失智住民接受安寧緩和照護的需求無庸置疑，為什麼實務上卻窒礙難行？謝至鏗分析，除了臨床面難以預估病人死亡時間外，還有更多結構問題需要解決，包括長照機構人員接受的安寧照護訓練不足、缺乏機構安寧照護政策與臨床指引、未建立推動安寧緩和的標準流程和配套措施，甚至部分機構礙於硬體環境，無法提供周全的安寧緩和照護環境與動線。

儘管困難重重，但謝至鏗認為並非

無法可解，關鍵在於「機構需要整合性的末期照顧團隊提供支援與協助。」

根據2016年雙連安養中心蔡芳文董事長電訪老人福利機構中的工作人員發現，除了舉辦研討會、在職教育，也需要親身參與安寧療護學習，並且期待能獲得24小時電話諮詢服務。

謝至鏗以花蓮慈濟醫院推動經驗為例，自2014年起，花蓮慈濟醫院陸續與5家長照機構合作，推動安寧照護及預立醫療照護計畫，除了幫助機構評估住民的照護需求，也協助機構與住民及家屬進行維生醫療指示醫囑（Physician Orders for



除了借鏡國外經驗，台灣也應根據現有的文化脈絡、醫療體制來發展適合自己的作法。

Life Sustaining Treatment，POLST）的討論與簽署，同時在臨床照護上給予實務支援與心理支持，透過線上群組，甚至可以即時展開諮詢。

自《病人自主權利法》2019年上路後，政府大力推廣民眾參與預立醫療照護諮商（ACP），及早思考個人對特定臨床條件下的醫療照護意願，並立下自己的預立醫療決定(AD)。然而，謝至鏗指出，大部分失智分數偏高的病人已無清楚意識，不符合AD簽署條件；POLST因此成為另一種可能的做法，醫療團隊透過與家屬共同討論，就後續醫療照護方向取得共識，並且具備調整彈性，也有助讓家屬從討論中思考，什麼樣的照護模式對長者才是好的。

謝至鏗分享，截至2022年7月，往

生的收案病人中，有89.3%得以在機構終老，成效令人滿意。

取經國外 發展自我

研討會還邀請到台灣安寧緩和醫學學會秘書長，同時也是臺大醫院家庭醫學部主治醫師彭仁奎，分享失智症病人照護的多元作法。

他引用一個訪談研究，比較相同個案在不同國家卻有不同作法。個案為典型的失智症晚期病人，這名89歲女性同時患有帕金森氏症，不僅失去行動能力、吞嚥困難，出現咳嗽、呼吸困難等症狀，近來又發生吸入性肺炎。

當這位病人病歷攤開在不同國家醫師面前，「美國醫師認為她應該在護理之家接受照顧，而荷蘭則仰賴社區型照護機

構，以色列醫師則認為可以在家接受安寧療護。」彭仁奎進一步說明，在是否需要灌食、使用抗生素、住院等選擇安排上，3個國家的作法也相當分歧，「這提醒我們，不同國家擁有不同的醫療體制、社會資源、文化特色，因此對失智症病人最後一刻的處置也不一樣。」

彭仁奎心有所感表示，借鏡國外固然重要，但台灣也應當根據現有的文化脈絡、醫療體制來發展適合自己的作法。身為亞洲首個通過「以病人為主體的法案」的國家，他也強調，失智症病人的預立醫療照護計畫應當是一個動態且可以改變的內容，萬萬不可與《病人自主權利法》的法定文件簽署劃上等號。

「失智症病人的照顧過程，從一開始到最後，隨時可能有不同的改變，或是突發新的臨床情境，甚至連照顧者都可能有所變化。」彭仁奎建議，適度將細緻的照顧內容揉合在整個過程當中，「當然大方向還是不能違背病人的價值觀與選擇。」

「說到底，我們要考慮的是，現在的作法究竟是在延長病人的生命，還是在造成他的痛苦？」在醫療現場，彭仁奎發現一旦失智者發燒，醫療人員大多二話不說就打上抗生素，然而，若不是細菌性感染，反而會產生抗藥性，造成後續照顧的困難。

長年下來的經驗與回饋，他樂見目

前各國開始思考抗生素的審慎使用，以及用藥的簡化，以提升安全性和減輕照顧者負擔。彭仁奎相信，「確定照顧目標、分析各種醫療手段的利弊得失、衡量病人自主意願以及最佳利益，並提供相關支持，這是我們能為失智症病人所做的。」

預立諮商 同理互動

針對預立醫療照護諮商過程，台灣安寧緩和醫學學會理事長蔡兆勳則認為，由於失智症病人正在走向一條衰退的過程，隨著意見愈來愈難以清楚表達，因此之前的意願將成為重要依據，「我們很期待能藉由預立醫療照護諮商的過程，提早讓病人與家屬透過討論溝通達成共識。」

台北市聯合醫院失智症中心主任劉建良在長年與失智病人互動中發現，約有6成病人不知道自己已經生病了，且因為完全沒有印象自己做過的事情、或者過去痛苦記憶反浮呈現，他們對自己感到懷疑與困惑，不願與他人互動，甚至誤會他人的話語而導致衝突。

對此他認為，為失智病人進行預立醫療照護諮商成功的關鍵，在於同理互動。

「良好的溝通技巧是成功的開始。」劉建良表示，過程中最重要的在於「意思能力」判定，而非「認知功能」評估；評估不會只有一次，評估過程也需要給

予適當的協助，「過去的經驗跟穩定的信念，是失智病人完成預立醫療照護諮商的重要基礎。」

家屬共念 溫柔守候

研討會上除了有專家、臨床醫師等分享國內外相關政策與資訊，也邀請失智者家屬分享珍貴的照護經驗。台灣失智症協會家屬聯誼會榮譽會長周貞利一路陪伴父親從確診走向人生的最後一哩路，過程中悲傷很少，快樂卻很多。

周貞利的父親是一位小學老師，65歲時屆齡退休，原本規劃退休後到處寫生，完成夢想，卻被診斷出罹患失智症。周貞利的語氣帶著遺憾，「原本的梦想，變成一場沒有辦法醒過來的噩夢。」

醫師告訴她們，這是無法痊癒的疾

病，只能延緩退化，但仍不可避免地會逐漸走下坡。

「當時我們家很積極做一件事情，就是一起認識失智症。」周貞利帶著全家一同做功課，認識父親隨之而來的變化，了解病程發展，預先做好未來照顧的因應措施。她們知道，父親會開始忘記家人、忘了自己，就連脫褲子上廁所、洗臉、吃飯、走路等日常作息都會被疾病剝奪，「最後，他會忘記呼吸。」

由於已經做足心裡準備與功課，在陪伴父親走過疾病的路上，她謹慎卻不慌張，盡可能讓父親被逐一剝奪行動時，以其他方式感受日常。當父親開始行走困難時，家人就推著輪椅帶他到公園散步；當父親想體會行走的感覺時，家人就用身體撐著他一步步踩在地上；



到了情勢最惡劣時，他們就將父親的床移至家人最常聚集的客廳，感受家人圍繞的幸福，甚至在天花板上繪製圖畫、播放音樂，或撫著他的身體和父親說話，讓他的感官沒有因為臥床而孤單。

「即使到了最後，他開始吞嚥困難，我們還是會準備他最喜愛的食物，將之磨成泥，用嬰兒的湯匙一口一口餵他。」周貞利說話的同時，臉上笑容都是滿足與欣慰，「直到他人生的最後一餐，每一口都是從嘴巴吃進去的。」

而她最感謝的，就是手足間的充分溝通。從一起認識失智症、了解未來會發生的症狀與病程變化，並提早規劃日常照顧、臨終選擇等，最後他們決定接受居家安寧療護，「家人理念一致是很重要的，我們跟父親這一程是這麼冗長，但在結束那一刻，看到父親躺在自己的床上，在家人陪伴下離開，我們心中都沒有遺憾跟後悔，甚至感到很圓滿。」

挑戰不斷 信心展望

周貞利與家人照顧父親的結果是圓滿的，然而全台有類似令人欣慰結局的家庭並不多。

研討會最後以「失智症安寧緩和醫療的挑戰與展望」這個主題畫下句點。衛生福利部醫事司副司長劉玉菁表示，尊嚴善終始終是衛福部相當重要的政策，有關失智症照護目前已委託專業團



呵護失智症者與家屬走過漫長的歷程，需要大家共同努力。

體訂定相關指引，而在失智症的安寧照護上也有法規支持，她期待能持續鼓勵國人在意識清楚時進行預立醫療照護諮商、及早思考個人醫療選項。

健保署專門委員羅佩軒也承諾，目前健保署正廣納各方建議，針對失智症收案條件進行更細緻的修改，讓更多人受惠。

長期投入失智症關懷照護的高雄醫學大學家庭醫學科與老年醫學科主治醫師陳炳仁不諱言，呵護失智症者與家屬走過這段漫長的歷程，台灣還有許多努力的空間，需要大家共同討論、引導與指引，共同整合在一起，才能讓失智症病人好好善生。

展望未來，台灣安寧緩和療護在失智症病人照顧的方面，依舊有挑戰，但同時也看見令人期待的曙光。



極限馬拉松選手**陳彥博** 直視死亡 學會感謝

人生最後一秒 要知道自己為何而活過！

口述・陳彥博 採訪・游苔

➤ 走過罹癌風暴，更曾在賽事中數度與死亡擦身而過，別人看極限馬拉松選手陳彥博好像在「玩命」，但，正是因為體驗過瀕死的恐懼，陳彥博面對生命洪流的姿態才更加謙卑，把握珍視的分秒時間，將自己活得精彩。

「那一晚，因為力氣耗盡，我不得不選擇在攝氏零下56度的冰河上紮營。」說起9年前那個差點讓他丟了性命的夜晚，今年36歲的極限運動員陳彥博，語氣平穩地好像在述說他人的故事。極限馬拉松是一項極其危險的運動，突破自我的過程中，分分秒秒其實都是生死搏鬥。

那是2013年的加拿大育空700公里極地橫越賽，每個選手都必須拖著一台裝滿40公斤行李的小雪橇，沿路穿越森林、湖泊與山坡等險惡地形，徒步超越台北到高雄來回的距離，選手沿途自行決定過夜地點與休息時間長短，疲累事小，致命的是日夜溫差高達攝氏40度，對大部分選手來說，參賽的最高目標不是奪牌，而是「活著」；極限馬拉松選

手因為沒有在適合的時間點選擇退賽，而在賽道上失去性命的憾事屢屢發生。

比賽期間失溫瀕死 驚覺沒把愛說出口

那個漫長的夜，向陳彥博襲來的除了伸手不見五指的漆黑、還有攝氏零下56度的低溫。即便把裝備中所有的衣物都穿上，他的體溫還是持續下滑、蜷縮在帳篷中止不住地全身顫抖，失溫讓他產生恐懼，甚至分不清楚現實與虛幻。當生理狀態開始失控，一絲氣息尚存的他剎然領悟——自己是這麼的渺小，大自然只需要輕輕彈指、就能收走他的性命。

「完賽之後我不禁反覆想著，如果那夜是我生命最後一個夜晚，我很後悔

一直把家人與朋友的關心視為理所當然……」苦捱到天亮，陳彥博繼續漫長艱困的賽程，最終以254小時15分鐘的成績奪得第三名，同時創下這項比賽的兩項紀錄：第一個首度完賽的亞洲人、也是最年輕的完賽者。但，來不及享受奪牌的榮耀，他就陷入長達4天的昏迷與噩夢之中。經歷生死一線反而深切提醒他，親友的關心與擔憂都源自於愛，他應該對此抱持感謝，並且說出口。

能夠泰然面對賽事中的生死關頭，其中重要原因，是他有一個特殊身份——「癌友」。2011年，從田徑轉戰超馬、才剛在國際賽事嶄露頭角的他，卻意外確診罹患咽喉癌。23歲的年輕新銳運動員得到了咽喉癌，像是一場低級笑話那樣荒謬。

挑戰癌後復出 暢快淋漓享受再活一次

「當下我也曾埋怨，為什麼是我？」陳彥博說，一如大部分忌諱談論死亡的華人家庭，自己的成長過程對「死亡」相當陌生，除了印象模糊的爺爺喪禮，他只在心愛的巴哥犬過世時掉過眼淚。這場病來得猝不及防，他經常忍不住對健康的人莫明憤怒，被推進手術室那一刻除

了恐懼，他也開始擔心自己會不會再也醒不來了……。

當然，陳彥博還是醒來了。手術很成功，但一連串復健才是痛苦的開始；只能吃流質食物，體重一口氣掉了十幾公斤，以前慢跑50公里只是訓練菜單中的家常便飯，但當他術後重新穿上跑鞋，卻只能跑個1、2公里，身體就如鉛塊一樣重，喉嚨也像刀割般劇痛。



陳彥博從事極限馬拉松運動，突破自我的過程其實也是一場生死搏鬥。（圖／陳彥博提供）

包括醫生在內，身邊親友都勸他不要執著於賽事，好好過生活也不錯。陳彥博不是沒這樣考慮過，但，當他坦誠問自己：「如果有一天，陳彥博不再跑步、不再冒險，那會怎樣？」他發現，答案很簡單，跑步是他唯一擅長也享受其中的事，如果上天給了他再活一次的機會，怎麼能夠不痛快淋漓地享受它？

「面對人生的各種難題，每個人的選擇都沒有對錯，但站在人生最後一秒，你要知道自己為什麼而活過。」不顧醫生與家人反對，他重新踏上賽道，即便成績慘不忍睹，還跑得滿口鮮血，仍繼續挑戰極限，直到再度拿下冠軍、進階挑戰極地長征，迄今已拿下7座極限馬拉松賽冠軍。

趁早思索生命是一種幸運

疾病與賽事，哪一次的瀕死更令人害怕？陳彥博說：「一樣，都很恐懼。」

他說，當生命倒數讀秒的壓迫感就在眼前，不會因為自己主動追求賽事成績就顯得格外慷慨赴義，恐懼感是一樣駭人，但他並不排斥在年輕時就經歷這樣的恐懼。當他還是田徑選手時，他所見到的景象就是跑道與交通工具，踏上極地征戰，壯闊的大山大水對陳彥博產生了強大的衝擊，一方面感受自己的渺小、一方面也更有勇氣挑戰自我。也是因為克服一次又一次的恐懼、一次又一

次的重生，他才更確信，「陳彥博」存在的價值，是由每一次訓練、每一次跑步所交織堆疊出的。

陳彥博提到，自己曾在西藏移地訓練時看過天葬，也與當地喇嘛有所交流。藏人認為生命是建立在意識的輪迴之中，因此，會讓禿鷹食用死去族人的屍體，並藉此讓軀體回歸大地滋養萬物。這些見聞也讓他對生命終點保持更開放的態度，完成北極長征後，他就告訴親人自己希望能夠採取水葬，父母起初排斥這些話題，但陳彥博堅持「說出來，才知道珍惜、才知道愛。」一提、再提，陳爸爸與陳媽媽也被兒子打動，反過來叮囑兒子要遵循自己對身後事的規劃。

「很多人是到了晚年才開始思索生命的意義，我很幸運這麼年輕就開始進行自己的人生功課。」陳彥博的故事也激勵一群癌友組隊進行單車環島，他更受邀在終點線迎接癌友歸來，能夠不斷以自己的故事鼓動他人綻放生命光芒，他倍感珍惜。

「對了，我也有簽器官捐贈同意書，」陳彥博說，生命總會走到最後一天，他希望到了那一天，親愛的家人、朋友都能夠快樂而開心地來跟他說一說話，自己無法帶走的軀殼，能夠幫助有需要的人。語畢，他帶著俏皮的口吻開玩笑說：「用到我的心臟，應該會變得很厲害喔！」



大師兄從沉重到明朗的人生體悟

學會現在說愛 不留遺憾

口述、圖片・大師兄 整理・涂心怡

因為照顧父親，大師兄因緣際會投入長照與殯葬業，對人生與家庭有所體悟，從心有不甘中意外的找到生活重心，如今想來，或許只要轉個念，就能在難熬的生活中找到足以療癒自己的富足之處。

從小，父親總愛對他說，曾有一名算命師告訴自己，以後他會有個非常孝順的兒子。大師兄打從懂事開始，就認為算命師口中的那位兒子絕對不是自己，只因父親不僅酗酒、家暴，在外還不停積欠賭債，對父親，他恨都來不及了，怎麼還會有孝、有順？

他怎麼也沒想到，在父親倒下的那一刻，他會成為命運底下那不得不屈服的一份子。

生命的重量 難承其擔

「我的家庭並不是那種溫良恭儉讓的家庭。」回憶那段曾和父親一同相處的時光，父親的暴力與賭博惡習，不僅讓母親的身與心傷痕累累，也逐步堆疊起他內心對父親的恨意。



大師兄出書述說自己的故事，分享對人生的種種體悟。

母親時常對他說：「要不是為了你們3個孩子，我早就走了。」

「所以我就在心裡發誓，等我有能力了，一定把我媽帶離這個家。」回憶就像一面哈哈鏡，大師兄說著，不禁露出苦笑，因為當他真的把母親帶走、看著他們倆離婚，才沒過多久，母親竟主動把爸爸給帶回來，並歉然地對他說：「他實在太可憐了。」

因此，當父親腦出血倒下時，隨著救護車奔波了4家醫院、接過醫院遞上的一張張急救、治療表單的人，是他。

「其實我很想放手讓他走，想著只要他死了，我們就解脫了。」然而母親在他身後的一聲聲輕嘆，又再一次將他拉回現實，「你爸還年輕，他還年輕……」

生命的重量壓得他喘不過氣來，最終他選擇遮蔽心中的真實想法，讓醫療團隊盡全力救回父親。

用青春盡其所責 在付出中無憾

「我怎麼也沒想到，這一救，竟救回來一個植物人。」回憶至此，嘆息已經成了大師兄每一句話結尾的定調，他坦言，照顧父親整整8年，他盡其所能的翻身、拍背，甚至考取長照執照，一切都是因為母親。

「起初我們請了外籍看護，但每次我下班，看到的都是我媽在幫我爸按摩，看護坐在沙發上看電視。」直呼情

景弔詭，大師兄說著也不禁啞然失笑，「我媽總會說，她自己做會比別人做得更細心，但另一方面，她也擔心自己會照顧不周。」

於是為了母親，他開始上課、學習，並考取長照執照，開啟白天照顧父親、晚上母親下班後接力，他再出門去長照機構上班的日子，「別人說我是孝子，其實我都是為了我媽，她已經跟我爸離婚，法律上沒有責任義務，她還是願意照顧我爸，那身為兒子的我，為什麼不能？」

然而他心知肚明，這種「孝順」是心不甘、情不願的，即使貼身照護，他也總是下意識迴避父親的眼神，並且催眠自己：「這不過是我的工作，一份下班後的兼差。」

為了照顧父親，大師兄不僅只能無視一天天消逝的青春，甚至耗盡所有家產，因此當父親嚥下最後一口氣後，他不得不選擇無須收費，卻也不能擇日挑時的聯合公祭。

「參加聯合公祭的，大多都是無名屍、遊民或是低收入戶，8到13個人一起出殯。」大師兄進一步解釋，出殯時，不少往生者不僅沒家人陪同，甚至連張遺照也沒有；日子不能挑，只得依公家規定，「我爸冰了一個多月才排到。」

這一個多月，親友的建議與勸說不停傳進耳中，「那是你爸，喪禮怎麼



大師兄小時候與父親的合照。

不辦好一點？為什麼不請法師來替他念佛？」

「我不需要用喪禮來證明什麼。」直至今日，大師兄心裡依然坦蕩，即使沒有一場風光的喪禮，甚至在照顧期間，他也未曾原諒過父親，但至今想來，遺憾未曾在他心中留下印痕，「他倒下之後，我每一次幫他翻身、拍背、換尿布，每一次幫他做清潔、清痰，都比他過世之後找法師來念經更有意義。」

感謝困境中看見的美好

照顧父親的那段時光並不美好，既累又窮，正值20幾歲的年輕人被迫困在長照之責中，但如今想來，大師兄選擇從另一個角度重新看待。

「躲債的日子很辛苦，他變植物人不鬧事，我已經很謝謝他了；對比很多人照顧十幾二十年的，我也謝謝他只讓我照顧他8年。」甚至一向對婚姻沒有美好想像的他，在那段日子裡，竟然看見長年連名帶姓喊著丈夫的母親，溫柔地

對父親說：「老公，吃飯了。」，並細心餵飯，這是有記憶以來從未有的家庭溫度。

他也感謝父親，冥冥之中讓他走入了長照與殯葬業，從眾多對人生的感嘆與體悟中，進而富足自己的心靈。

將愛說出口 讓生死相安

在去年，身體一向健朗的爺爺突然中風倒下，從健康走向死亡，只在短短的幾天之內，事情來得令人措手不及。

「感傷是有，但我不覺得有遺憾。」大師兄表示，聯合公祭雖然清簡卻依然莊重尊嚴，這樣的體驗也讓他在父親過世之後毅然走入殯葬業。服務喪家時，他時常看見家屬在冰櫃與遺照前說著愛，也說著抱歉，讓我不禁陷入苦思：「如果在亡者生前，就把這些愛跟抱歉說出口，那麼彼此之間的關係是不是就會不一樣了？」

「我以前總認為男人怎麼可以把『我愛你』掛在嘴上。」大師兄表示，在殯葬業所獲得的體悟，讓自己開始學會大聲說愛，尤其對一手拉拔他長大的祖父母，盡可能的問候與陪伴，這份盡心也讓道別沒有過多遺憾。

只要選擇轉身，就能看見不同的風景，一路走來，命運或許折磨著大師兄，但也在無形中化作禮物，豐厚了他未來的人生。



到宅牙醫

行動牙醫服務 居家口腔守護者

口述・范綱信 整理・涂心怡 圖・范綱信

▶ 許多人不知道，長期臥床病人的口腔照護不周，有可能造成反覆住院，乃至生命危險，恩主公醫院自11年前推動到宅牙醫服務，守護居家臥床病人的口腔清潔衛生，以提升其尊嚴與生活品質。

11年前，恩主公醫院裡討論著一項沒有任何健保補助，也沒有加給支援的試辦計畫，踏出這一步完全仰賴居家護理師走進病家所看見的需求，以及醫院全力支持。

10多年過去了，恩主公醫院團隊從起初的單打獨鬥，翌年衛福部開辦「到宅牙醫試辦計畫」，直至2019年宅牙醫服務正式納入「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」中。資源看似愈加充足，社會

也逐步重視，然而帶著團隊往前衝的恩主公醫院廣復假牙科主任范綱信遺憾的說：「願意投入的牙醫師始終不多」。

口腔清潔不周 生命風險劇增

談起多年前，隨著居家護理師走進病家時所感受到的震撼，至今依然鮮明。范綱信坦言，自己長期待在診間看診，完全沒想過跨出診間幾乎是另一個世界。

「有些病人臥床長達二、三十年，期間從來沒看過牙醫，當然也沒洗過牙齒。」范綱信說，長年臥床的病人大多都有嚴重的口腔照護問題，大量的結石、蛀牙、牙周病等，導致即便病人



恩主公醫院廣復假牙科主任范綱信希望有更多牙醫師加入到宅醫療行列。

不張口，惡臭也如影隨形。

這還不是最嚴重的。范綱信進一步說明，清潔問題衍申的牙周病更需要擔心。當病人口腔清潔不佳，細菌點滴侵蝕齒槽骨所引發的牙周病，會讓病人的牙齒逐漸鬆脫掉落，「牙齒掉下來，可能會吞進食道，但也可能會吸進支氣管，造成生命危險。」

「另一個風險，就是肺炎。」范綱信身處醫療場域多年，看見許多臥床或極重度身心障礙的病人，最後都不是因為本身的疾病造成死亡，而是因為肺炎，「口腔清潔沒有做好，不只是氣味不佳或牙齒鬆脫的問題。當病人嗆咳，把口水吸到肺裡時，口腔裡大量的細菌也會一起跑進肺裡，而造成肺部感染，萬一病人抵抗力不好時，引發肺炎的機率就會變得非常高。」

用溫暖的心 貼心呵護患者的一口牙

小小口腔引發大大問題，探究起原因，發現不少是來自照顧者長期疏忽口腔清潔的緣故。范綱信說，「我們發現有這種狀況的，大多是插著鼻胃管的病人，家屬認為他們既然沒有用嘴巴進食，就不需要刷牙，或者只需要用海綿刷清潔就好了，但那是不夠的。」

言語中沒有責備，只有對衛教觀念薄弱的心疼，范綱信也發現，有另一群



家屬雖然具備正確觀念，但病人的口腔長期沒有接觸物體，當牙刷進入時難免會因為反胃、噁心而緊閉排斥，因此即便家屬有心，卻也苦無解決之道。

於是，當居家團隊介入照顧後，除了教導照顧者如何為病人清潔口腔，也會提供一些幫助張口的小技巧，范綱信細心解釋：「例如將手指深入口腔臉頰處，往下巴處按壓，他的嘴巴自然就會張開，此時再放入張口棒，就有足夠的刷牙空間。」

范綱信曾服務過一位曾是畫家的病人，丈夫不但悉心照顧，同時將家裡打理得有條不紊，看得出夫妻高雅的生活品味。然而，當團隊進到她那不到4坪大的臥室，范綱信被眼前的情景嚇了一跳——房間裡竟然點了十餘盞的精油燈！

長年臥床的病人大多都有嚴重的口腔照護問題，若有牙醫進行居家醫療服務，可大幅改善病人生活品質。

一問之下，男主人羞赧的說，他很愛他的太太，因此即使她已經臥床多年，兩人依然共寢一室，「但她嘴巴味道真的太濃了，我連走進房間都覺得很辛苦，只有靠著這些精油燈，才勉強能待在這個空間裡。」

「我們幫他太太清潔洗牙之後，過兩、三個月再去，精油燈變少了。」范綱信笑容裡有滿足，「最後全部都沒了。」

他也曾遇過另一位頸部以下全身癱瘓的病人，雖然不需要靠鼻胃管進食，但卻因為無法自行清潔口腔，因此在這臥床的整整20年間，牙齒全部蛀光僅剩殘根，也蛀及神經，加上癱瘓沒有痛感，又住在沒有電梯的公寓4樓，因而遲遲沒有就醫。

直到到宅牙醫團隊走入他家，用了半年的時間將一根根蛀壞的牙齒拔除，再為低收入戶的他申請補助，製作上下全口假牙，完成後，病人展開大大的笑容感謝他們：「我終於能夠吃東西了，不然以前都是用吞的。」

另外，也有不少病人臥床前就裝妥假牙，「但當他們臥床之後因為無法即時調整，因此咬到或磨破皮很常見，這些我們到宅服務時就能即時處理。」

居家照顧病人不只是長期臥床者，范綱信與團隊也同時服務過許多安寧病人，照護經驗和技巧在不間斷的照護中持續累積傳承。例如頭頸癌病人，抗癌

治療常常導致唾液大幅減少，因此他們在替病人清潔口腔前，會先抹上口腔凝膠、人工唾液等，以降低黏膜破裂的可能；而其他末期病人，范綱信不厭其煩提醒，一定要特別注意牙周病問題，「牙周病的細菌有可能經由血液流向全身，造成其他器官損害，所以末期病人的口腔清潔一定要更加強，才不會引起敗血症或是造成疾病惡化。」

范綱信認為，除了健康與衛生問題，醫療最核心的價值終究還是「人」，「讓末期病人有更好的口腔環境去吃東西，也是讓他活得久、活得好的重要方式。」

到宅牙醫觀念漸普及 醫護人力嚴重不足

投入到宅牙醫的成效很驚人，范綱



范綱信除了到宅進行醫療服務，更會詳細與家屬說明如何更好地進行衛教。



信經過這些年的統計發現，只要病人定期、妥善做好口腔清潔，其肺炎發生率可降低60%，從健保支出推算，雖然每年必須支付一、兩千萬的到宅牙醫服務費，但同時卻省下病人反覆住院所耗費的三、四千萬醫療費，不但大幅減下健保開銷，病人、家屬少受的苦更是無價。

然而，隨著申請對象愈來愈多，范綱信心裡一則以喜一則以憂，喜的是觀念逐漸普及，憂的是人力嚴重不足。

目前全台到宅牙醫師僅有143位，以新北市為例，目前新北市到宅牙醫師僅有5位，但需求對象卻高達10萬人，平均一名醫師就要服務2萬人，對比全台牙醫師約服務1,800人左右，比例相當懸殊。追究原因，范綱信指出三點，除了制度仍有待強化、部分地區幅員過於遼闊，讓「到宅」更有難度、最後則是訓練制度尚不夠完善。

「通常長期臥床的病人，他的口腔肌肉並不是那麼健全，哪怕只是一點點口水都有可能會嗆到。」范綱信解釋，也因此，無論是刷牙，或是牙齒治療的過程中為了幫助器械降溫所使用的水，都有可能讓病人難受的嗆咳，「如果牙醫師沒有經過充足的訓練，那種激烈的咳嗽可能會先嚇壞醫生。」

范綱信坦言自己也曾被嚇得不輕，不熟悉的治療環境、不容易處理的病

人、加上動輒超過30公斤的設備，讓願意投入的牙醫師著實有限，即便醫療資源相對充裕的新北市，想要接受到宅牙醫往往需得等上一、兩個月。

讓病人獲得及時協助 期待更多牙醫投入

累積10多年的經驗，恩主公團隊對於嗆咳已經有了一套得心應手的解決方式，為了讓更多有心付出卻苦無學習機會的同業夥伴也能加入在宅陣容，他們開辦免費的訓練課程，手把手的傳承分享，不為別的，就是希望更多有需要的病人可以及時獲得專業醫療的協助。

「前陣子有位病人等不到我們去，牙齒掉進氣管，不巧當時還是疫情正嚴峻的時候。」回憶當時病人從緊急送醫、等待PCR結果出爐才能辦住院，在等候的過程中牙齒愈掉愈深，「本來只要用支氣管鏡就可以夾出來，變成要開刀取出，加上病人年紀大，身體狀況又不好，後來足足住院兩個多禮拜才出院。」

「在宅牙醫人數如果足夠，或許就可以避免這類問題。」范綱信表示，超高齡人口時代已經來臨，醫療模式也要隨之轉變，他會堅持走對的路、做對的事，也期待制度、給付跟上需求，讓更多牙醫師願意同行。



臺北醫學大學附設醫院安寧緩和病房

從靈性角度擴大關懷網 覺察生命價值

採訪・游苔 圖・臺北醫學大學附設醫院安寧緩和病房

位於首善之都，臺北醫學大學附設醫院的安寧病房，除了緩解病人的身體疼痛，更首創台灣首家非宗教醫院而服務全院的靈性關懷團隊，主張先醫人、再醫病，舒緩伴隨死亡而來的身心靈症狀，替末期病人找到生命的價值所在、讓遺族不再感到孤單。

「常 常有人問我，什麼時候是啟動安寧療護的最佳時間點？」臺北醫學大學附設醫院（以下簡稱北醫附醫）安寧病房主任黃姚儒分享他這幾年在推廣善終的道路上，常見的熱門問題，通

常，他不會直接答覆，而是反問對方，如果可以預知自己即將離開世界，你希望能有多少時間來跟家人、朋友，以及自己告別？答案，其實早就存在每個人的心裡。

2007年，擴建中的北醫附醫第三醫療大樓啟用，當時，北醫附醫成立癌症中心，整合了各科癌症治療團隊、提供癌症病人更完整周延的照護。考慮到急、重症病人身心靈備受煎熬，需要更專業的緩和照護，時任院長吳志雄極力促成，以及時任安寧科主任（現任院長）邱仲峯教授努力籌備之下，於第二

醫療大樓3樓設置安寧病房，逐步發展出三大安寧照護模式：入住專責安寧病房、在原病房接受安寧共同照

北醫附醫第三醫療大樓陽台規劃完善，可供病人及家屬休息。



護、回到家中接受安寧居家服務。

先醫人、再醫病 安寧緩和不限於臨終

雖然在現行健保制度下，對醫院而言，安寧療護並不是一項賺錢的業務，如不是有守護末期病人身心靈的決心，確實不容易做到；而北醫附醫安寧團隊經過多年發展，目前團隊有2位專任醫師、10個床位，一年可服務300多人次，連同安寧共照與居家安寧服務，每年協助500多人尊嚴離世。同時，在寸土寸金的台北市信義區，還打造200多坪的花園，讓病人得以在更舒適的環境中舒緩身心，關於道別，北醫附醫總不厭其煩提醒：「早一步開始思索生命的價值。」

黃姚儒說，國內推廣安寧善終理念已有30年歷史，與大眾溝通的重點不斷推進，從初始邀請大眾思索「最後一刻要不要急救？」；第二階段則引導民眾再往前想一點點，過世的前幾天、前幾個禮拜有什麼想要完成的事？然而大多數情況是，人在生命終點前想完成的事情很多，但時間與體力未必足夠，於是現在，他認為應該再把啟動安寧緩和的時間點再往前推移。

有一次，北醫附醫邀請到一位日本權威教授來台授課，在研討會上，年輕的腫瘤科醫生將臨床案例提出討論。病人是一位40幾歲的媽媽，乳癌治療數年



醫療大樓外打造美麗的花園，讓病人可以在優雅的環境中舒緩身心。

後又檢查出三陰性乳癌，而三陰性乳癌被稱為「乳癌最惡性殺手」，復發後平均存活期不到2年，年輕醫生詢問日本教授應該如何擬定治療計畫。這位教授思索幾秒以後堅定地答道：「我會問他有沒有什麼想要完成的事，先去做，再回來治療。」

「我們應該先醫人、再醫病。」黃姚儒說，這位日本醫生即便醫術高明，但仍以「人」為優先。他希望病人最後的黃金時光用來好好道別與圓夢，而非全然耗費在極可能徒勞無功的治療上。他舉例，如果人的生命是一桶水，身體上的疾病就像是在水桶上打洞，醫生應該要從宏觀角度讓病人與家屬知道，這個桶子破了很多洞、即便耗盡力氣去修補最大的那個洞，桶中的水也終有漏光的一天。

台灣第一個靈性關懷團隊 非宗教角度完整生命價值

台北是安寧療護比名列前茅的城市，

民眾對安寧的認知較高、資源也較多。反映在北醫附醫安寧病房，最顯而易見的特色就在於「除了緩解身體疼痛，更要舒緩伴隨死亡將至而造成的心心靈症狀」，也就是替末期病人找到生命的價值所在，才能獲得真正的安息。

「甚至，應該在病症仍在積極治療的時期，比如一檢查出罹患癌症，就應該開始同步啟動身心靈照護計畫。」黃姚儒說，隨著病程變化，當治癒性治療功效不大時，身心靈照護就可以無縫接軌擔當大任。癌症病人在治療過程中會產生許多心理、靈性的苦，而非癌症如多重慢性病、失智症，病程較難預估，在反覆送醫過程中，病人與家屬也會承受不為人知的痛苦，這些都是安寧緩和醫療應該關注的面向；此外，黃姚儒也強調，大多數病人會希望生命最後一刻，能有熟悉且有默契照護者在身邊，

因此安寧愈早介入、得到善終的機會就愈高。

北醫附醫成立台灣第一個非宗教醫院的全院靈性關懷團隊，也承接主持國民健康署推廣安寧靈性照護、編寫亞洲第一本臨床靈性照護指引。這也是第一本華文靈性照護指引，內容引導靈性關懷師協助末期病人探索生命的意義與價值，並且從中得到平靜。這份指引可分成5個面向：探詢此時此刻對生命抱持著什麼希望、人際之間的寬恕與被寬恕、愛與被愛，並且試著思索生命的未來歸處，也就是靈性與至高者之間的關係，同時發現問題、引導病人正視並試著協助解決問題。

黃姚儒記憶很深刻的是一位罹患胃癌的媽媽，來到安寧病房時，腫瘤已經侵犯全身，就連肚皮傷口都無法癒合，勉強用2條橡皮筋綁住、又有4條引流管，整個肚子就像綁鞋帶的鞋子一樣。不過，病人



整新之後的北醫附醫安寧病房，不只提供溫馨溫暖的環境，更強調活潑生動的色調，一改暮氣沉沉的安寧病房氣氛。

30幾歲的女兒依然盡力把棘手的傷口照顧妥貼。看著母女感情至深的模樣，原以為雙方的靈性皆很平安，但隨著靈性關懷師進一步對話卻發現，母女間其實存有很大的心結。

原來，女兒有一個同父異母的哥哥，也就是父親前妻所生的孩子。重組家庭往往藏著許多不為人知的故事，女兒成長過程中一直很介意媽媽比較疼哥哥，反而對親生的自己卻非常嚴厲。這股梗在心中30多年的不平，讓女兒打算瞞著在外成家立業的哥哥，母親已病危一事，獨自「享受」陪伴母親的最後時光。在靈性關懷師的協助下，母女敞開心房、聊了許久，媽媽緩緩說出自己當時為人後母的困難與心酸，也順利聯繫到哥哥，讓他即時向繼母表達自己的愛與感謝，最終一家圓滿，病人也無憾離世。



北醫附醫的醫護人員前往病人家中進行居家療護工作。

持續擴大安寧關懷網 接住遺族的悲傷

黃姚儒說，北醫附醫安寧團隊的下一步，就是擴張關懷網、進行遺族關懷，他們期待以團體治療的方式，讓那些經歷摯愛家人離世，必須重整步伐、繼續自己生命旅程的家屬們，有機會透過聆聽他人的悲傷、重整，獲得接納與同理，進而產生向需要幫助的人伸出援手的能量。

「如果沒有和解，女兒會不會在好幾年之後發現自己誤會了媽媽？會不會因為沒有告知哥哥媽媽的病況而撕裂手足情誼？」黃姚儒說，以前述的案例來說，如果一個病人的生命終點留有遺憾，的確有可能延續、影響周遭親友，成為新的憾事。推廣善終，除了讓病人的生命終點平靜安寧，對於遺族更大的意義其實是：「5年、10年後，不必再糾結於當初的決定。」



彰化秀傳紀念醫院安寧共照團隊

全院總動員 行動的安寧病房

採訪・涂心怡 圖・秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院

2004年彰化秀傳紀念醫院正式啟動院內安寧共照制度，憑藉堅強的安寧陣容，穿梭在各科病房間，打造「行動安寧病房」，少了圍牆的藩籬，秀傳安寧服務的質和量都持續提升。

「這麼多年來，我們一直都沒有設置安寧病房。」早在政府於2005年推動安寧示範計畫的前一年，秀傳紀念醫院就已經在院內推行安寧共照制度，照顧有需求的病人，至今18年來，雖沒有專屬的病房，但也因此少了框架，將安寧服務推展得更廣，談起團隊量能，安寧緩和科主任林泓科話說得輕，語氣誠懇堅定：「但我們團隊陣容很堅強，有心理師、護理師、社工師、醫師，編制也沒有比別人少，足以為病人提供全方位的服務。」

有心人雲集 共照團隊有志一同

林泓科坦言，曾經不只一次想過，是否應該與其他醫院一樣，設置專屬的病房，就怕對病人的陪伴與照護會有所不足。

「所幸我們的團隊組成相當穩定，多年累積的默契和經驗，讓團隊可以快

速又熟練的處理問題。」林泓科欣慰表示，團隊的凝聚力以及向心力，打破許多「不可能」，化作具體行動，也將照護環節逐一銜接，建立對病人最好的連續性照護模式，「我們去看病人，就是整個團隊出動，而非單打獨鬥，因此馬上就能提供全方位的照顧；病人出院後的安寧居家及在宅臨終照護，都能無縫接軌。」

生命末期照護品質與「安寧病房」的存在與否無關，更重要的是團隊所提供的照護是否到位。林泓科謙虛地說，共照團隊內的護理人員皆是專職，不僅資深，且安寧知識、技能都很嫻熟，是團隊主力，而3位醫師卻都是來自內科，一如他自己是風濕免疫科的主治醫師，說起投入的心力，遠不如幾位護理人員。

他進一步解釋，根據規定，要取得安寧專科醫師資格需先完成80小時教育訓練，加上40小時的實習課程，並不困



林泓科主任（左上）與護理人員前往病房探視病人，提供最適切、最全面的照護。

難。團隊中的3位來自不同科別的醫師除了同樣完成應有的訓練外，最大的共通點就是認同安寧的心。林泓科回顧過去在馬偕紀念醫院安寧病房實習的經驗說到，這一個月讓他對安寧療護從認識到認同，因此當他在2015年被院方指派承接安寧共照任務時，幾乎沒有遲疑，「我是基督徒，那個當下其實有點宗教情懷，認為這是助人的事。」

林泓科也談起另2名醫師夥伴，「雖投入契機各有不同，但我們對安寧都很認同，也很投入，所以雖然本科工作很忙碌，但仍會彼此協調時間，跟著團隊去照顧病人。」

他坦言，起初猶如摸著石頭過河，但團隊一同學習、討論、進修，甚至舉辦讀書會等，讓秀傳的安寧共照一步步走向周全，林泓科心有所感地表示，一個人即

便再有心，最後一定會心累，「但團隊有志一同，就是支撐彼此前行最大的動力。」

全院支持 找出有需求的病人

隨著團隊量能逐漸豐厚，秀傳紀念醫院進而向外推展到安寧居家與到宅臨終關懷，服務人次也節節攀升，如今平均一年服務的安寧共照病人約600至700人次，安寧居家照護高達1,500人次。

除了團隊同心外，林泓科也感謝醫院上下的全力支持。他不諱言，團隊成立初期確實大多在被照會時才被動提供服務，然而在醫院長官的重視以及社會安寧意識提升的浪潮之下，服務腳步也隨之加快。

首先，院方從病歷系統著手，一旦病人病程進到末期，系統就會自動跳出

提示視窗，提醒原照護團隊照會安寧團隊；另一方面，安寧團隊護理師們也扛起播種安寧的要務，他們會定期與各護理單位進行討論，包含安寧臨床照護及相關行政事務等，建立病房護理師的安寧觀念，林泓科表示，有許多病人可以順利銜接安寧，就是來自於病房護理師有足夠的敏感度，覺察病人的需要而提出照會，讓團隊有機會及早介入協助。

起步謹慎 讓安寧成為病家的依靠

秀傳紀念醫院的安寧發展得早，也代表著必須得克服早年病家對於安寧等同放棄治療、消極治療的誤解，回憶當時，林泓科坦言一切都不容易，「尤其我們團隊是因為照會而與病人接觸，少了共同抗病的革命情感和互信基礎。」

但他們並不因此退縮，面對排斥或不甚了解安寧療護的病人，他們會刻意將「安寧」二字妥善隱藏，僅介紹自己是共同照護團隊，以交朋友、關心的角度逐步聊起病況，再進一步深入其家庭背景。

「先讓病人慢慢感受我們的關懷，從建立互信基礎做起。」有了柔性關懷，林泓科表示，既然是「照護」團隊，下一步必須讓病人感受實質的協助，「因此妥善有效止痛和症狀處理，就很重要了。」

例如曾有一名婦癌病人，體內的卵巢腫瘤惡化快速，並轉移到腹膜，後線的化療藥物也不見起色，甚至在突然

間，連左腳都舉不起來，主治醫師向她解釋，這是疾病快速惡化的徵兆。

「但是病人一直堅持她就是要讓病好起來，要再回到職場工作，甚至在病房床上透過電話指揮工作。」身為職場女強人的病人不僅抗拒承認病況，甚至因為疼痛而脾氣暴躁，激動的言語傷了不少貼身照顧她的醫護人員，緊繃的醫病關係讓大家很是頭痛。

得知安寧團隊要來看她，婦人的先生一臉憂愁地懇求團隊別提安寧二字，「我怕她會喪失求生意志。她現在就是盼望能回到職場，撐到退休，留下退休金給小孩當最後的禮物，就是這個信念支撐著她繼續走下去。」

「經過我們積極調整藥物，才隔一個週末，當我們再次拜訪時，迎接我們的居然是大大的笑臉。」林泓科說。一見面，婦人甚至向他道歉，直說第一次見面時對他態度不佳，實在對不住。

故事的結局並未完美。信任雖是建立了，但婦人對病情始終抱持希望，依舊抗拒著所有死亡準備的話題，因此當安寧團隊決定再推進一步，嘗試引導她聊一聊關於死亡的想法時，傳來的卻是她突然離世的消息。

「時間是老天爺定的，不一定能夠等到『準備好』。」沒能幫助婦人做足人生最後的功課，林泓科不免遺憾，但這無疑也是病人教授的一堂珍貴課程，



秀傳紀念醫院安寧共照團隊陣容堅強，有心理師、護理師、社工師、醫師，編制完善，為病人提供最完善的服務。



「當我們覺察病人的需求時，就應該找機會、有技巧的試探病人想法，如果病人已經有所準備，我們就順水推舟地輔助他們；至於拒絕思考的，我們至少可以給予他足夠的資訊，並尊重他的自主選擇權。」

自我照顧 堅實心靈與力量

近年隨著善終意識抬頭，好死、安寧逐漸成為熱門話題，林泓科笑著說，有時候還會有來自病房的「客訴」，直說為何還不跟他們討論安寧呢？「病家也知道，安寧並非消極治療，也有許多正在接受安寧緩和醫療的病人不僅同時積極對抗疾病，還自詡是生命的鬥士！」

一年前，林泓科開始將在病房裡故事寫成文章，並發表在社群媒體上，起心動念除了是紀錄，更大一部分是排解。

「若跟病人連結比較深，當他離開時，我們也會陷入失落。」為了不讓熱忱的心在一次次失落中耗竭，他開始寫下與病人互動的點滴，「這是我釋放悲傷的方式，寫出來就變成一個故事，思念時就能翻出來看，想著互動的溫暖，難過也就不會一直卡在心上。」

感受到書寫的魔力，於是當團隊中有位護理師因為病人的離開而悲傷不已時，林泓科便鼓勵愛畫畫的她將兩人相處描繪成畫；除此之外，團隊也定期舉辦讀書會，讓彼此在閱讀與分享中釋放情緒、互相支持。

一路看著院內安寧照護的成長，林泓科欣慰表示，秀傳紀念醫院的安寧對他來說就像家一樣的存在，而這條路，也一如他當年所期待，成就了助人的事，也紓解悲傷的心。



安寧療護線上諮詢室

帶著問題來 找到解答的那盞燈

整理・涂心怡 圖・Shutterstock

➤ 當病人病況走低，面臨死亡不可避免的生命末期時，隨之而來的可能是慌亂、無所適從，以及難以抒解的悲傷，安寧照顧基金會於今年成立「安寧療護線上諮詢室」，針對不同對象與需求，在線上提供高品質的諮詢服務。

隨著安寧照顧持續倡議與推廣，民眾已普遍認同安寧療護所帶來的末期與臨終照護能力，雖然理智上給予極大肯定，但當真正面臨進入有安寧緩和需求的末期階段時，病人或家屬仍難免會惶惶不安，悲傷、恐懼、壓力，讓許多末期病家終日壟罩在烏雲之下。

安寧照顧基金會看見了這些說不出口的困境，因此在2022年5月起開辦「安寧療護線上諮詢室」，依不同需求分設概念組、照護組與心理組，並邀請資深的安寧專家，親自上線提供線上諮詢服務。

以愛出發 專家投入

身為肩負國內安寧療護宣導倡議重責的組織之一，安寧照顧基金會總以貼近群眾，成為民眾認識安寧、解決疑

惑的管道來自我期許。為此，不僅設立0800-008-520免付費諮詢電話，也歡迎民眾透過電子郵件、電話、社群媒體或Line聯繫以獲得協助。然而，累積多年與民眾互動的經驗，讓基金會察覺，部分民眾面臨的困擾既深切且糾結，必須有更完整的時間、更專業的專家，才有辦法給予他們足夠的幫助。

如此心念很快就獲得支持，馬偕紀念醫院癌症中心副主任、亦為基金會董事的劉景萍，以及三軍總醫院社工師／心理師蔡惠芳，這兩位投入安寧療護超過20年以上，無論在臨床、課程、政策、宣導倡議都資歷豐厚的專家，聽到林怡吟執行長的理念與邀請後，絲毫沒有半點猶豫，馬上點頭加入；這也讓「安寧療護線上諮詢室」順利在2022年5月正式推出上線。

林怡吟進一步解釋諮詢室的結構，為滿足不同需求，劃分為提供想了解安寧卻又不得其門而入者的「概念組」；針對照護技巧提供諮詢與教學的「照護組」；以及協助受困於照護疲憊或悲傷中的照顧者的「心理組」。

「目前我們開放對象以家庭照顧者、被照顧者以及有安寧需求的民眾為主，因為他們正是陷入困境的一群人。」林怡吟表示，為了幫助更多未曾被發現的受苦者，安寧照顧基金會也與中華民國家庭照顧者關懷總會合作，盡可能將訊息對外推展。

保密諮詢 安心說出苦痛

安寧線上諮詢室每月各開辦一回，每次2小時。人數的設計也蘊含美意，林怡吟強調除了概念組不限名額外，照護組與心理組每梯次上限6名，希望小而美的設計能充分照顧到每一位參與者；此外，透過網路的進行可打破參與者的地域限制，再者也提供了相當程度的隱私，「如果參與者不願意露臉，可以不開鏡頭，我們希望建立的是一個保有隱私又有充分安全感環境，而且，每位參與者都必須提前簽署保密公約，不得洩露他人訊息。」

負責照護組的劉景萍之所以願意無私付出，源自她過去在照顧父母時，對於自身安寧專業背景的慶幸與感恩；走

在臨床第一線，她也看見安寧團隊為病家召開家庭會議凝聚共識，並引導談論生死、善終等話題，「我總是想，在家裡辛苦支撐著病人和自己的那群人並沒有這些資源，少了專業引導與建議，要他們開口討論生死或表達情感、痛苦，多麼難啊！」

而蔡惠芳則在幾個月來的諮詢中，看見了另一個隱身在疫情下的需求，「有些個案雖然對親人的離去早有心理準備，可是疫情中的探病限制，讓他們無法在最後一刻陪伴與道別。」

蔡惠芳認為，無法隨侍在側或見最後一面帶來的，是一個難以彌補的失落空洞，空洞中充斥著遺憾與罪惡感，這些情緒又因為限制訪視或避免群聚的防疫規定，更難以紓解，「專業上將此稱作『被剝奪的哀傷』，這種剝奪感讓人無法真正產出失落，也無法轉身向他人具體傾訴悲傷，意味著會失去被關懷的機會。」

安寧療護線上諮詢室雖然尚在起步階段，目前開放服務的名額並不多，但是基金會與兩位專家也抱持樂觀與期待，希望未來能有更多專業人士投入，為深陷困境的人，點亮一盞盞象徵希望的燈。 

安寧療護線上諮詢室，
歡迎報名參加





安寧療護倡議、教育、研究計畫案 串聯安寧夥伴 共促安寧邁向多元

整理・涂心怡 圖・Shutterstock

➤ 自1992年起，安寧照顧基金會為了提升安寧療護的可近性，推出「合約醫院」制度，隨著安寧服務機構量已上軌道、政府及整體社會對安寧也普遍肯定，安寧照顧基金會提供研究經費，邀請「合約機構」以創新助安寧推動一臂之力。

為了讓安寧資源更普及，安寧照顧基金會在1992年，健保尚未給付、安寧也無法為評鑑加分的年代，推出「合約醫院」制度，當時提供醫療人員到國外參與培訓，以培育台灣本土化安寧人才，同時基金會也了解安寧病房要能建置周全，所耗經費可觀，一如洗澡機一台就要價百萬，PCA自控式止痛儀器單價也要破萬，且這些儀器設備台灣無法自產，只能從國外進口，為了提升醫院投入安寧的意願，因此基金會積極募款，肩負起資源補助的角色，這些努力成功轉動國內安寧療護的齒輪。

從11家合約醫院艱辛起步，如今與基金會合作的已不只有醫院，亦有長照機構、NPO組織等，讓安寧照護能從醫院出走，走向社區鄰里，如今總計有112家的「合約機構」，成為基金會在推動安寧緩

和照護上最堅實的盟友。

近年來隨著《病人自主權利法》的施行、擴大安寧適應症等法規政策的調整，與合約機構的合作也朝向多元發展，今（2022）年8月起，基金會更鼓勵合約機構發揮倡議、教育或研究的熱誠，以研究計畫案合作的方式，攜手讓安寧推廣更為多元。

恢復對談 倡議的醞釀

安寧照顧基金會執行長林怡吟表示，自建立合約醫院制度起，每年基金會都會舉辦工作會議，以了解臨床的需求，也建立跨院交流的平台。然而隨著合約機構數量提升，且分布在全國各縣市、加上臨床人員業務繁重，舟車勞頓的往返也成為不小的壓力，就這樣，每年一次的工作會議就默默中斷了。

惋惜的聲線還沒有平復，雀躍的心情隨之上揚，林怡吟表示：「疫情發生之後，大家對於線上會議的使用都相當純熟，因此從今年開始，我們又恢復跟合約機構的對談。」

截至2022年9月底，已經辦了兩場線上座談會，與會的合約機構積極且熱情。

林怡吟談到，為了讓對話更貼近需求且更有效率，基金會在座談會前，先請合約機構提出建議及對基金會的期待，並在會議中彼此分享討論。除此之外，為了幫助合約機構參與議題倡議、發揮教育及研究量能，基金會也在會議中提出「安寧療護倡議、教育、研究等三類型計畫案」，邀請合約機構展現創意和實力。

計畫案申請 讓台灣安寧更加堅實

鼓勵合約機構發想並提出計畫、由基金會提供資源補助的想法，來自今年承擔起基金會「醫療暨教研委員會」主委一職的王英偉。

「大家對疫情結束總有這麼一個期待：希望可以回到正常生活，但這是錯的，應該要展望新的未來才對。」王英偉認為，疫情造成的改變已成定局，所以更應該勇敢邁步向前，「疫情改變了很多的狀態，因此與合約機構的合作、溝通上也該重整後再出發。」



他始終認為，除了主動提供教育訓練與資源支持，與合約機構的密切互動和溝通，更能讓一切往好的方向加速前進。

因此，今年除了透過網路建立對話平台外，基金會更在8月廣邀合約機構提案，但凡合約機構中的專職人員皆可提出申請，對申請內容也抱持開放與彈性，無論是開發教具，或是設計倡議模式，亦或是有助安寧療護品質提升等等教學或研究，只要有想法，都可以提交計畫爭取經費補助。

最後共有來自19個團隊提出申請，入選7案。其中倡議與教育類，包含透過人文藝術活動提升民眾對預立醫療自主的實踐效能與跨專業間之共融對話、全方位即時性緩和醫療改善晚期癌症及非癌症病人的生活品質；研究類則獲選5案，包含運用機器學習協助安寧緩和病人預後評估、主治醫師辨識住院病人存活期及安寧需求分析、社區居家安寧療護成本效益分析、發展本土安寧緩和就醫提問單以及高齡榮民善終照護分析。

7項計畫案執行時間為期1年，雖然距離成果的產出仍然需要靜待時間醞釀，但對於如何讓安寧以更多元且友善的方式推動，無疑已經在合約機構中激發出思考與創新。



守護漸凍人丈夫八年的真情告白

下輩子，我們當筷子好了

口述・劉雲英 採訪・游苔



……照顧他這8年來，辛苦不在話下，有時我會很惡毒的希望這場噩夢趕快結束，等到真的結束，我反而沒有大大鬆一口氣，心裡還是希望他能活著，哪怕戴著呼吸面罩、全身插滿管子、成天臥床痛苦呻吟謾罵，只要能看得到他，就好……

「我常常帶小孫女去家裡附近的公園玩，走到那裡，就會想到我先生……」
劉雲英回憶著那一天。

那是丈夫罹患漸凍症的第5年，他的雙手雙腳都已經失去自主能力。那天，先生失禁了，劉雲英使勁將先生搬到輪椅上，再輾轉抬至廁所沖洗、換上乾淨的衣物，待她更換新的床單，再使勁將先生放回床上，先生身高168公分，無法施力的身軀沉重地像是一棵巨大的枯木。

不料一個下午先生連續多次失禁，耗

盡家裡所有的床單、也耗盡身形瘦小的劉雲英的體力，更割斷了她緊繃的理智線。她情緒爆發、打了先生幾下，便狂奔到附近的小公園大哭一場。情緒穩定一些後重新回到家裡，見到先生維持著方才被放倒的姿勢躺在床上，連拿條毛巾蓋住身體的能力都沒有，她又哭了起來。

即便先生已經過世5年，劉雲英說起這段故事臉上仍寫著淡淡的惆悵。這些照顧漸凍症先生的真實心聲，都收錄在甫出版的《下輩子 我們當筷子好了》之中。

本想環遊世界 丈夫卻罹患漸凍症8年

生命的殘酷，往往無從反轉。劉雲英與丈夫的婚姻原不被娘家所祝福，因為丈夫家貧，媽媽怕她吃苦。確實很苦，她新婚住進位於大安森林公園的違章建

下輩子 我們當筷子好了

作者：劉雲英
出版社：蔚藍文化



劉雲英撰寫〈若是深愛，請放手〉，2013年獲得安寧照顧基金會徵文比賽的一般民眾組特優。（安寧照顧基金會提供）



築，連廁所都沒有，後來一場火把房子燒了、婆婆欠債後又生病躺床16年，劉雲英為夫家可說是傾盡所有。

不過，她與先生感情很好。夫妻二人齊心協力，哪裡有錢賺就往哪裡去，丈夫在紡織廠工作，劉雲英則長年兼3份工作，報社、出版社等，在各式文化事業走跳，兩個兒子也很乖巧爭氣，劉雲英始終盼望未來兩人退休後可以一起環遊世界。

好不容易捱到丈夫退休了，豈料，2009年，丈夫的手指開始不聽使喚、拿著相機經常拍出模糊的照片，四處求醫後得到了驚人的答案——丈夫得到了肌萎縮性脊髓側索硬化症（ALS），也就是所謂的「漸凍症」。這是一項極其殘酷的疾病，起初僅是肌肉乏力，接著，四肢、軀幹等全身逐漸無力癱瘓、吞嚥困難，正常人的各項活動能力將被疾病一項一項剝奪，根據漸凍人協會資料，平均3至5年，漸凍症病程會進展到呼吸衰竭、需要配戴呼吸器方能延續生命的困境。

「那段時間我好怕接電話。」劉雲英說，朋友們都知道他們夫妻倆愛玩，突

然他倆消聲匿跡彷彿去環遊世界了，面對親友的關心，她難以啟齒。消沉的丈夫日益封閉，等到無力自主行動後，更是只能深居家中。便這樣，雖然兩人的家位於台北市鬧區，但卻一點、一點的，像是搬到了沒有鄰居的荒漠。

病榻前書寫 面對生命的掙扎與反覆

丈夫一病就是8年，書寫是她唯一能夠暢所欲言的管道。

劉雲英本來就有投稿報章雜誌的習慣，丈夫病後，寫作反倒成為少數能夠抒發心情的管道。日常照顧繁瑣吃重，往往只能把握細小零碎的時間寫作，想到什麼就寫什麼、有時甚至沒打幾行字就必須中斷起身，這樣的寫作過程讓她沒有時間將文章修整得精緻完整，卻真實又毫不矯揉造作地記錄當下心聲。

她寫著人們面對絕症時的反應。漸凍症病人，有的想要果斷放棄生命，有的痛哭流涕害怕面對死亡，但大多數像個鐘擺，隨著病情起伏擺盪在兩者之間。劉雲英的丈夫就是如此，曾經想要自我了

斷、也曾經堅持不要氣切，但當呼吸器突然故障無法呼吸、命懸一線時，卻睜大了眼睛要妻子救救他，命撿回來了，丈夫又反悔了，怪劉雲英為何不順勢讓他去。

她也不諱言自己的軟弱。照顧過程她累到數度進出醫院，找不到合適的看護，自己親力親為幾個月後，體力實在無法負荷，只好哀求先生住進醫院。但漸凍人很難照顧，她日日到醫院去親自照料，每日替他理光身上的毛髮、每隔幾分鐘就得翻一次身，甚至用手指替便秘的先生通便。有個颱風天公車停駛，她沒辦法前往醫院，身體放了颱風假，但心卻很慌，很怕先生就在這時候轉身離去。

「也有人跟我說，希望寫得正面一點、積極一點……」對一般大眾來說，死亡是個沈重而晦暗的議題，也曾有報章雜誌編輯對她的書寫主題有興趣，但暗示她太露骨了，是否能將文章寫得勵志一些，劉雲英斷然拒絕，守護漸凍人8年，說好聽是深情，其實是對心理、生理的巨大折磨，像是一場馬拉松，過程很痛苦、但又不甘真的抵達終點，她沒有辦法替這段過程擦脂抹粉。

走過生死水火 將痛苦熬成最綿長的思念

或許是那份「真實」，丈夫纏綿病榻期間，劉雲英的作品在各大徵文競賽頻頻獲獎。其中，描述頻繁進出醫院看見

生死抉擇不易的〈若是深愛，請放手〉一文，就是2013年獲得安寧照顧基金會「如果有一天，我們說再見」徵文比賽的特優作品。

今年，她將歷年書寫的諸多文字集結成冊，出版《下輩子 我們當筷子好了》一書，雖然至今無法鼓起勇氣上通告宣傳新書，甚至也不知道該如何與病友家屬們打氣加油，但，光是勇氣整理這些文字並且集結成書，就是獻給同路人最深摯的撫慰。

正因為毫無忌諱，有些同為罕病家屬的讀者告訴劉雲英：「妳寫出了我的心聲。」劉雲英毫不避諱地寫下照護過程中的心酸與不捨、面對生命末期態度的反覆，甚至是對病人的不滿、對命運無常的憤怒，這些過程並不美麗、也許還有些殘酷，但卻帶給同樣深陷水火的病友家屬慰藉：我不孤單、有人了解我的感受。

如今，劉雲英談起了戀愛，對象是2歲多的小孫女，只不過思念拉得很長，想到先生，還是偶爾淚流。如果丈夫有機會看到自己的作品，會說些什麼呢？劉雲英笑了笑，「他大概會說：『妳明明可以寫得更好看。』」

那是老夫老妻才有的貶抑式褒揚。歷盡滄桑之後，那段病榻前的水深火熱，都成了細細綿綿思念中，最珍貴的回憶。



捐款芳名錄



111/4/21至111/9/25

親愛的安寧之友們：

感謝您們一直以來，以實際行動、支持台灣安寧照顧基金會。

我們深知：來自大眾的奉獻，涓滴都是愛、都是期許；

在這裡，向每位捐贈者致上感謝，於我們，分毫都是責任，將持續鞭策著我們前進。

捐款金額	姓名	捐款金額	姓名
300,000	財團法人義芳慈善基金會	30,000	蔡郭暇珠
200,000	臺灣證券交易所股份有限公司	25,000	吳惠鋒
120,000	顧家恬	25,000	巫祥沐
120,000	財團法人吳尊賢文教公益基金會	25,000	林志忠
100,000	張玟玟	25,000	陳章南
100,000	薛林月嬪	20,000	何明紋
50,000	吳淑玲	20,000	卓春英
50,000	林○全	20,000	陳政鴻
50,000	楊惠如	20,000	曾芳珠
50,000	蘇芳慧	20,000	黃麗芬
49,995	合縱股份有限公司	20,000	楊麗珠
40,000	林江娟娟	20,000	滕光中
30,000	尤家甄、尤家莉、尤家穎	20,000	檀秋玲
30,000	尤靖云、尤靖翔、尤靖晴	15,928	高許碧蓮
30,000	吳盆	15,000	白芳榮
30,000	陳○玲		



版面有限，完整明細請上基金會官網查詢。
<https://www.hospice.org.tw/credit/124>



您可以這樣支持

定期定額捐款，
支持我們穩定前行

❤ 安寧照顧基金會

線上捐款

歡迎透過本會
官網線上捐款系統
[www.hospice.org.tw/
donate](http://www.hospice.org.tw/donate)



專戶捐款

銀行名稱
彰化銀行 (009) 中山北路分行
銀行戶名
財團法人中華民國 (台灣)
安寧照顧基金會
銀行帳號
5081-51-41335-300

郵局戶名
安寧照顧基金會
郵局帳號
14875053

郵局劃撥 捐款

信用卡 授權捐款

請掃描 QR code
下載「捐款授權書」



超商捐款

超商機台

ibon 便利生活站

中選擇 **儲值/繳費**

→ 慈善捐款

→ 安寧照顧基金會

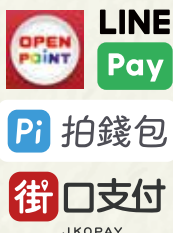
慈善捐款期間：2022年12月31日止

本基金會
愛心碼
199

統一發票
愛心碼

公益平台

雅虎奇摩公益
智邦公益館
igiving公益網



行動支付 APP



人生如戲 終有落幕的時候

面對生命終點，我選擇安寧照顧

在疾病末期，安寧療護不以
侵入性的無效醫療延長生命，
而以緩和症狀、舒適處置，
提供病人與家屬兼顧身心靈的
全方位團隊照顧，
使病患能享受生命的最後時光，
並和家人好好道別，
讓人生有尊嚴地謝幕。

吳定謙
導演

吳念真
導演

生命末期的領航者——

✚ 安寧照顧基金會 www.hospice.org.tw

免付費諮詢專線：0800-008-520



財團法人(台灣)安寧照顧基金會
中華民國 Hospice Foundation of Taiwan

