



賽馬會安寧頌

JCECC

Jockey Club End-of-Life Community Care Project

安寧服務 培訓及教育計劃： 醫護人員培訓手冊



策劃及捐助 Initiated and Funded by



香港賽馬會慈善信託基金
The Hong Kong Jockey Club Charities Trust

同心同步同進 RIDING HIGH TOGETHER

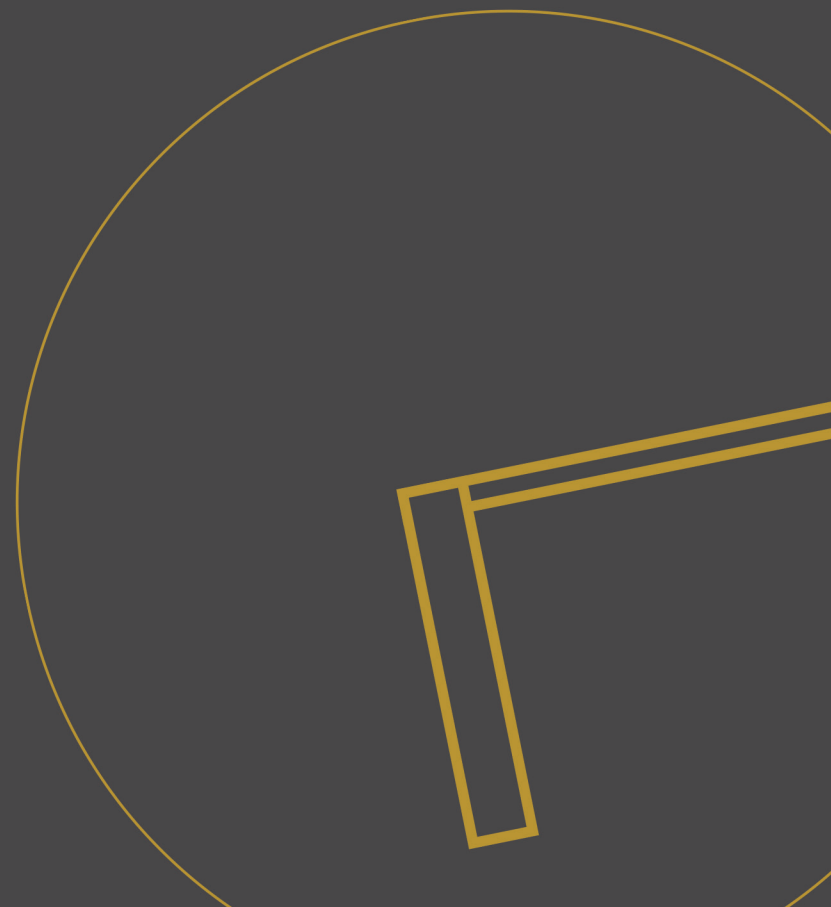
合作院校 Partner Institution



香港中文大學
The Chinese University of Hong Kong



香港中文大學
賽馬會老年學研究所
CUHK Jockey Club Institute of Ageing



◀ 目錄 ▶

| | |
|--|-----|
| 序言 | 5 |
| 有關「賽馬會安寧頌」 | 6 |
| ◀ 第一章 ▶ 安寧照顧的簡介和晚期症狀護理 | |
| 1.1 香港安寧服務概要 | 9 |
| 1.2 安寧照顧的基本概念 | 11 |
| 1.3 晚期症狀護理 | 14 |
| ◀ 第二章 ▶ 嚴重疾病對話 | |
| 2.1 識別晚期病人 | 35 |
| 2.2 與病人和家屬展開嚴重疾病對話 | 44 |
| 2.3 預設照顧計劃 | 69 |
| ◀ 第三章 ▶ 安寧照顧之生命倫理學 | |
| 3.1 醫護人員面對的道德困擾 | 94 |
| 3.2 安寧照顧的醫學倫理個案 | 106 |
| ◀ 第四章 ▶ 醫護人員的自我照顧方法 | |
| 4.1 醫護人員面對的工作倦怠 (Burnout) 和慈悲倦怠 (Compassion Fatigue) | 129 |
| 4.2 放鬆練習 | 140 |
| 參考資料 | 142 |



序言

死亡質量是評估生活質素的重要元素之一。然而，醫護人員和公眾往往強調治癒性治療和延長壽命，而忽略了接受生命有限和在剩餘的生存時間內提升生活質素的重要性。這種質量上的差距在醫院和社區中尤為明顯。因此，我們需要改變，亦有能力求變。

「賽馬會安寧頌」計劃為改善香港的安寧服務質素帶來了契機。香港中文大學賽馬會老年學研究所為計劃的合作夥伴之一，在社區和醫院推行「安寧服務培訓及教育計劃」，我們期望能夠培育一批有質素和持續發展的醫護團隊，為醫院和安老院舍的晚期病患長者提供安寧服務，以及為日後的服務發展奠定穩固的基礎。我們將過往為醫護人員舉辦的培訓工作坊內容集結成手冊，醫護人員可透過當中的不同章節，認識安寧照顧的溝通技巧、預設照顧計劃、預設醫療指示和晚期症狀護理等，從而提升醫護人員面對和處理死亡的能力。

我謹代表研究所向香港賽馬會慈善信託基金致以衷心謝意，並衷心感謝所有曾經擔任醫護人員培訓工作坊的講者。研究所將繼續與不同合作夥伴共同努力，推動香港安寧服務的發展，攜手改善晚期病患長者的生活質素。

香港中文大學賽馬會老年學研究所所長
胡令芳教授, MD, FRCP, FRACP



有關「賽馬會安寧頌」

香港人口正迅速老化。根據政府統計處發表的《香港人口推算 2017—2066》，香港 65 歲或以上的人口預計由 2016 年的 116 萬（佔總人口的 16.6%）上升至 2036 年的 237 萬（31.1%），升幅超過 100 萬¹。晚期病患長者人數預料會不斷攀升，公眾對社區晚期病人護理服務的需求亦隨之增加。

為此，香港賽馬會慈善信託基金撥款二億五千五百萬港元，於 2016 年開展推行為期六年的「賽馬會安寧頌」計劃，協助改善社區晚期護理服務的質素，以及為相關服務的專業人員提供培訓，並舉辦公眾教育活動。

「賽馬會安寧頌」結合跨界別力量，聯繫社區和醫療系統，強化現有的臨終護理服務。計劃會在社區及安老院舍推行安寧服務，為晚期病患長者提供全面的支援，讓他們可在充份知情下作出合適的臨終護理選擇，提升他們的生活質素。計劃合作夥伴包括：香港大學社會科學學院、香港中文大學賽馬會老年學研究所、香港老年學會、基督教靈實協會、香港復康會、聖公會聖匠堂長者地區中心，及聖雅各福群會。

合作夥伴：



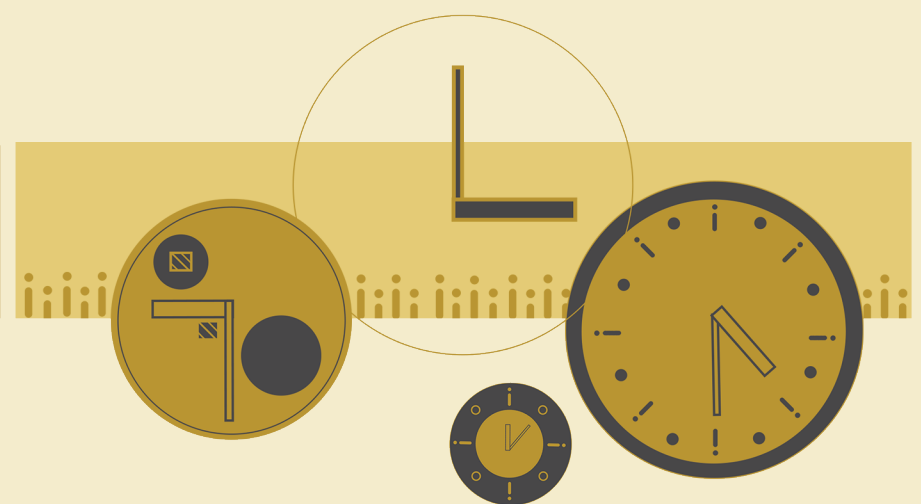
香港中文大學賽馬會老年學研究所為「賽馬會安寧頌」計劃的合作夥伴之一，在社區和醫院管理局（醫管局）新界東聯網轄下的醫院推行「安寧服務培訓及教育計劃」，致力改善病人的安寧服務質素，提升醫護人員面對和處理死亡的能力，以及教育病人、家屬及公眾如何面對死亡，將是改善安寧服務的關鍵因素。醫護人員在思維上的改變，加上醫院的運作模式及處理病人的流程作出相應配合，將會大大提升晚期病人及其家屬的生活質素。

「安寧服務培訓及教育計劃」目標

- 透過討論、講座和工作坊，改變醫護人員、病人及其家屬或照顧者在安寧服務議題上的思維
- 協助醫護人員辨別需要安寧照顧的病人，與病人及家屬溝通，了解他們的期望和意向，推廣預設照顧計劃
- 與醫管局夥伴合作，改善醫管局醫院中安寧服務的質素，制定運作模式，並透過考核和認證，達致可持續發展



第一章



安寧照顧的簡介和晚期症狀護理



1.1 香港安寧服務概要

現時，香港公立醫院急症病房和外科病房的醫護人員一般會為晚期病人提供治癒性治療，而這些病房普遍未能讓臨終病人在一個有尊嚴和私隱的環境下離世²。根據經濟學人智庫在2015年發表的《死亡質量報告》，香港的安寧服務質素在全球排名第22位，落後於英國（第1名）和美國（第9名）等西方國家，以及其他鄰近的亞洲地區，包括台灣（第6名）和新加坡（第12名）³。報告結果反映出香港的安寧服務仍有一定的改善和發展空間，以及有需要加強公眾對這方面的認識。

| | 排名 / 80 | 分數 / 100 |
|-----------|---------|----------|
| 香港的死亡質量總分 | 22 | 66.6 |
| 照顧環境 | 28 | 50.4 |
| 人力資源 | 20 | 62.1 |
| 服務可負擔程度 | =18 | 82.5 |
| 安寧服務質素 | =20 | 81.3 |
| 公眾參與 | =38 | 32.5 |

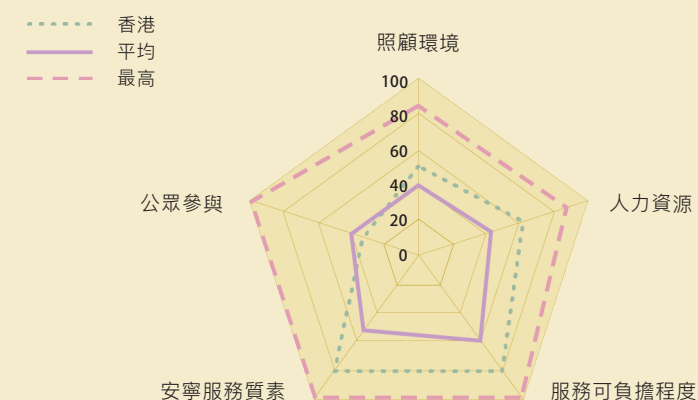


圖1 2015年香港的死亡質量



鑑於需要紓緩治療和安寧服務的病人數目日漸增多，香港特別行政區政府在 2017 年的《施政報告》中公布了多項改善本地紓緩治療和安寧服務的措施，包括增加護士每年的家訪次數，加強安老院舍職員的培訓，以及研究修訂相關法規，令臨終病人可以更易選擇在他們熟悉的環境離世⁴。

醫管局於 2010 年頒布了《醫院管理局成年人預設醫療指示醫護人員指引》，並於 2014 年和 2016 年對該指引作出修訂⁵。局方亦分別在 2015、2016 和 2019 年頒布了《對維持末期病人生命治療的指引》⁶、《「不作心肺復甦術」指引》⁷和《預設照顧計劃指引》⁸。此外，醫管局於 2017 年制定了《紓緩治療服務策略》，規劃紓緩治療服務在未來五至十年的發展方向⁹。

然而，香港現時未有就預設醫療指示訂立專門法例，安寧服務的發展亦因而受到影響。儘管病人在預設醫療指示中表明的意願，在普通法下獲得承認，但仍未立法成文，而公眾對預設醫療指示的認知度不高，並往往認為一經簽署後，便不能隨意更改治療選擇^{10, 11}。實際上，病人的治療選擇可以隨着病況的改變而有所變更。截至目前為止，市民對預設醫療指示的反應一般，於 2012 年至 2018 年期間只有 5,561 名晚期病患者在公立醫院簽署預設醫療指示¹²。再者，預設醫療指示表格由醫管局設計且僅適用於公立醫院的晚期病患者，所以私家醫院一般不會向病人提供該表格¹⁰。有見及此，香港政府建議就預設醫療指示立法，並在 2019 年 12 月完成為期三個月的公眾諮詢，期望藉此改善安寧服務的質素。

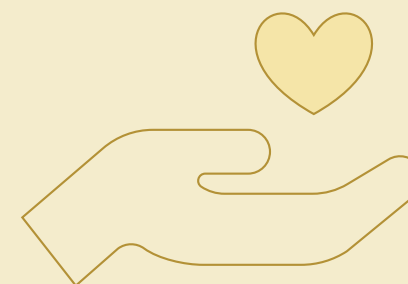
除此之外，香港安寧服務的發展還受其他問題所阻礙，例如過分強調治癒性治療、對非癌症病人的晚期護理服務關注不足、家庭照顧者欠缺支援，以及病人、家屬和醫護人員之間的溝通欠缺成效。現在是時候讓我們反思應如何改善這個境況。

1.2 安寧照顧的基本概念

紓緩治療 (Palliative Care)、安寧照顧 (End-of-Life Care) 和寧養照顧 (Hospice Care) 是泛指晚期病人照顧服務的常見名稱，但三者各自的涵蓋範圍和側重點並非完全相同。

紓緩治療 Palliative Care

世界衛生組織將紓緩治療定義為一種改善病人生活質素的照顧手法，其對象包括患上生存受限疾病的成年人和兒童，以及其家屬和照顧者¹³。紓緩治療着重症狀管理和控制，通過跨專業團隊的辨別和評估，了解病人及家屬的需要，減輕疼痛和提供結合身、心、社、靈的全人照顧。紓緩治療的跨專業團隊支援病人儘可能積極地生活，並且對其家屬和照顧者提供哀傷輔導。紓緩治療一般會被誤認為與安寧照顧相等，只適用於疾病處於晚期階段，甚至帶有放棄治療的意思^{9, 11}。事實上，紓緩治療適用於不同疾病的種類和階段，亦可配合治癒性治療，以及紓緩疾病和治療所帶來的症狀和不適（如抑鬱、疼痛、疲勞和呼吸困難等）⁹。



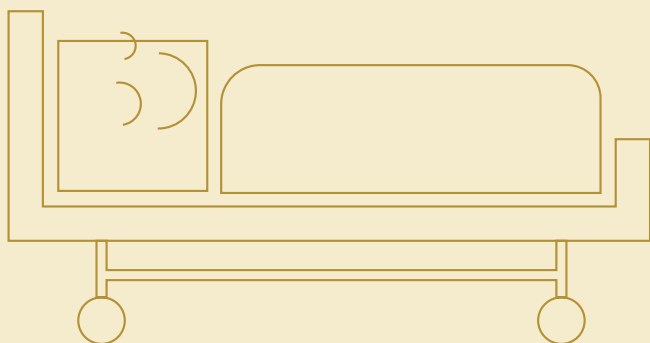


安寧照顧 End-of-Life Care

為可能會在未來 6 至 12 個月內死亡的病人提供照顧護理，包括即將死亡（預計在數小時或數天內死亡）的病人及以下人士¹⁴：

- 患有嚴重和持續惡化的生存受限疾病（例如晚期癌症、晚期運動神經元疾病）
- 整體身體虛弱和同時患有多种疾病，預計病人會在 6 至 12 個月內死亡
- 患有可能因急性病發而導致死亡的疾病

安寧照顧旨在幫助病人舒適地走完人生最後一程，達致安然善別。同時，安寧照顧會為病人減輕疼痛、控制症狀以及提供心理社交和心靈支援，提升病人及家人的生活質素。安寧照顧還包括各項醫療和社會照顧服務，例如疾病的專科治療、舒緩治療和寧養照顧等¹⁵。



寧養照顧 Hospice Care

寧養照顧相等於臨終關懷，主要針對的對象為臨終病人（即預期壽命一般少於 6 個月或更短），以及已經採取一切治癒性治療的病人⁹。寧養照顧的首要目標會由延長壽命過渡至提升病人臨終前的生活質素。寧養照顧的服務包括舒緩照顧以及其他全面的照顧和治療，例如藥物治療、心理社交和心靈上的支援等¹⁵。此外，寧養照顧亦會照顧家人在面對疾病和死亡過程中的各項需要，協助他們調適生活¹⁵。

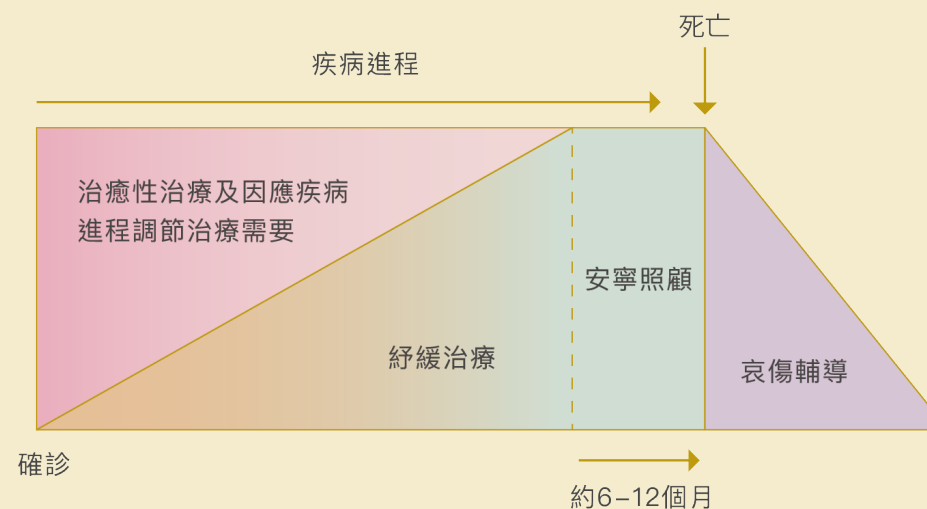


圖 2 疾病進程和照顧需要





1.3 晚期症狀護理

晚期症狀護理過往主要適用於癌症病人身上。事實上，患有晚期長期病患的病人，如晚期腎衰竭或晚期心臟衰竭等，同樣會經歷與癌症病人相似的臨床症狀，例如是感到身體不適和困擾¹⁶。常見的症狀包括疼痛、神智混亂、抑鬱、呼吸困難、疲勞、噁心、食慾不振、便秘和失眠等¹⁶。

這些症狀如果缺乏適當的處理，便會影響病人及其家屬的生活質素。因此，充足和有效的症狀控制，可減輕病人的痛苦和不適的感覺，以及減低對家屬和照顧者的影響。

1.3.1 症狀管理原則¹⁷

- 考慮病人的全人需要：身體不適並非純粹是生理症狀，亦可能受心理影響或者兩者互相影響。醫護人員在探討病人的身體不適時，須全面考慮症狀和治療對病人及其家屬的影響。
- 定期評估症狀：醫護人員須就病人情況定期作出檢視和調整治療方案，並考慮症狀對病人生活質素所帶來的影響。
- 保持有效的溝通：醫護人員向病人及家屬解釋病情時，應用簡單的詞語解釋，避免使用醫學術語，並鼓勵病人及家屬共同參與有關治療方案的討論。
- 運用適當的治療：平衡治療的效果、副作用和對生活所帶來的影響，儘可能用最簡單的藥物減輕身體症狀，亦可按病人需要和意願考慮非藥物和輔助治療，如放鬆療法等。
- 醫護團隊緊密合作：與其他醫護團隊建立良好的溝通，讓大家對病人的症狀和照顧意願有共同了解。

1.3.2 疼痛控制

疼痛是困擾晚期病人的常見症狀之一。主要原因包括：腫瘤壓着周圍的組織或器官（如引起骨痛和頭痛等）、治療副作用、身體抵抗力低（如過濾性病毒乘虛而入）、繼發性疼痛（如病理性骨折和深層靜脈栓塞等）或其他已有的疾病（如關節疼痛和痛風等等）¹⁸。疼痛是一種主觀的感覺，每個人都有不同的疼痛感覺和表達形式，故難以準確評估。因此，適當和有效的疼痛控制對醫護人員而言具有一定的挑戰性，不過醫護人員可以透過認識「整體性疼痛」的概念和正確使用止痛藥物，減低對病人生活質素的影響，以及患上抑鬱症或焦慮症的風險¹⁹。





整體性疼痛 (Total Pain)

西西里·桑達思醫生 (Dame Cicely Saunders) 提出了整體性疼痛 (Total Pain) 的概念²⁰，亦即疼痛可分為生理、心理、社交、情緒和靈性等的不同範疇 (圖3)。整體性疼痛的概念可讓醫護人員準確評估和掌握病人在不同方面的疼痛程度，令病人有最適切的照顧和護理 (圖4)。



圖3 整體性疼痛的概念



圖4 整體性疼痛評估





疼痛的評估工具

使用「OPQRST」評估疼痛

OPQRST 是一組有用的口訣，能用於了解病人的疼痛情況，以及評估疼痛的強度、嚴重程度和位置。以下為 OPQRST 的評估內容²¹：

- **發病情況 (Onset)**：病人的身體疼痛是突然出現還是逐漸變得嚴重？
- **誘發或舒緩因素 (Precipitating or Palliating Factors)**：在甚麼情況下，病人會覺得痛楚加劇或減退？
- **疼痛的性質 (Quality of Pain)**：病人會以甚麼字詞來形容自己的疼痛感覺？
- **疼痛的位置 (Region of Pain)**：病人的身體有哪些地方感到痛楚？痛楚會延伸到其他位置嗎？
- **嚴重程度 (Severity)**：疼痛是一種主觀的感覺，並且因人而異。醫護人員可以向病人提問：「若以 0 至 10 來評分，你認為你的疼痛程度屬於哪個分數？」常用的身體評估工具包括臉譜疼痛量表 (Wong-Baker Face Pain Rating Scale)²²、數字疼痛量表 (Numerical Rating Scale) (圖 5)²³ 和晚期認知障礙症疼痛評估表 (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)²⁴ (圖 6) 等。在評估的過程中，醫護人員須對所得的結果持開放態度。另外，定期為病人評估疼痛程度和使用一致的評估工具尤為重要。
- **時間因素 (Temporal)**：病人的身體在甚麼時候出現疼痛？是持續出現還是間歇出現？



圖 5 數字疼痛量表 (Numerical Rating Scale)

| 行為 | 0 | 1 | 2 | 評分 |
|------------|----------|--------------------------|--|----|
| 呼吸 | • 正常 | • 偶爾呼吸困難 • 短時期的換氣過度 | • 呼吸困難且帶有雜聲 • 長時期的換氣過度 • 謙恩史妥克士二氏呼吸 (Cheyne-Stokes respirations) | |
| 負面的聲音表達 | • 沒有 | • 偶爾呻吟 • 聲音低沉且帶有負面的語氣 | • 重複性的叫嚷 • 大聲呻吟 • 哭泣 | |
| 面部表情 | • 微笑或無表情 | • 難過 • 恐懼 • 皺眉 | • 面部出現痛苦表情 | |
| 肢體語言 | • 輕鬆 | • 繃緊 • 緊張步伐 • 坐立不安 | • 僵硬 • 緊握拳頭 • 膝蓋提起 • 拉扯或推開 • 推撞 | |
| 可安撫程度 | • 無需安撫 | • 通過分散注意力或觸摸和安慰，可安撫病人 | • 通過分散注意力或觸摸和安慰，也無法安撫病人 | |
| 總評分 | | | | |

圖 6 晚期認知障礙症疼痛評估表 (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)
 總評分範圍為 0-10 分
 (1-3 分 = 輕度疼痛 4-6 分 = 中度疼痛 7-10 分 = 極度疼痛)





疼痛的處理方法

醫護人員可透過不同的方式去幫助病人紓緩和**控制疼痛**。藥物治療對病人而言固然重要，但是非藥物治療，包括教導放鬆技巧、音樂療法，以及進行針灸或按摩等，同樣可以紓緩病人的疼痛和減少他們服用藥物的需要。

(i) 藥物治療

醫護人員為病人完成全面的疼痛評估後，可將結果對照世界衛生組織制定的三級疼痛控制階梯，並參考相關的藥物和治療建議（圖 7）²⁵。世界衛生組織建議當疼痛發生時，應按以下次序立即給予口服藥物：(1) 非鴉片類藥物 (Non-opioids)、(2) 按需要給予輕度鴉片類藥物、(3) 強鴉片類藥物，直至病人沒有疼痛感覺為止。如有需要，可處方輔助藥物，如抗抑鬱藥和抗癲癇藥等。為了有效止痛，醫護人員應「按時」（即每 3 至 6 小時一次）而不是「按需要」給予藥物。但是，病人服用鴉片類藥物時可能會產生副作用，醫護人員可能要處方其他藥物以治療病人的不適。此外，三級疼痛控制階梯普遍適



用於癌症病人身上。對於晚期長期病患者的疼痛處理，醫護人員應注意以下事項²⁶：

- 在開始使用鴉片類藥物治療晚期長期病患者前，應先徵得其知情同意，並與病人討論藥物的好處、副作用和風險
- 監測晚期長期病患者對使用鴉片類藥物治療的反應，並相應地調整治療方案
- 當所有非鴉片類藥物治療（包括非藥物治療）對晚期長期病患者均無效用時，才考慮使用鴉片類藥物



圖 7 世界衛生組織三級疼痛控制階梯





鴉片類藥物的常見副作用¹⁸

| 副作用 | 處理方法及備註 |
|---------|---|
| 便秘 | <ul style="list-style-type: none"> 除非有腹瀉情況，否則所有病人都需要定期服用預防性通便藥 若增加鴉片類藥物的劑量，則須同時增加通便藥的劑量 刺激性和軟化通便藥通常會一併使用 |
| 噁心和嘔吐 | <ul style="list-style-type: none"> 約 30 至 50% 的病人會出現此不良反應 多在開始服用藥物的首數天出現，病人會慢慢適應 使用止嘔藥緩解情況 |
| 嗜睡和神智混亂 | <ul style="list-style-type: none"> 考慮降低藥物劑量 了解是否有其他潛在因素所引致 嗜睡情況通常於 24 至 48 小時後消失 經常安慰和安撫病人 |
| 壓抑呼吸 | <ul style="list-style-type: none"> 如使用正確劑量，出現壓抑呼吸的機會甚低 體弱長者和肝或腎功能受損的病人須謹慎處理 藥物對患有慢性阻塞性肺病的病人影響不大 |
| 其他潛在副作用 | <ul style="list-style-type: none"> 口乾、皮膚痕癢、出汗、尿瀦留、體位性低血壓 |

注意：

- 病人可能會對鴉片類藥物產生耐受性和身體依賴性，但情況較為罕見。
- 證據顯示病人若適當地服用鴉片類藥物，便不會導致上癮。

鴉片類藥物中毒¹⁸

病人出現鴉片類藥物中毒的情況，通常是因為服用過多劑量、腎功能受損或該種疼痛治療只適用於使用非鴉片類藥物。

徵 狀

» 針狀瞳孔



» 出現幻覺（通常為視覺上）



» 肌肉抽搐



» 呼吸緩慢



» 睡意增加



處 理 方 法

- » 停止給予鴉片類藥物或減少劑量
- » 轉用其他鴉片類藥物
- » 只在嚴重毒性下使用 Naloxone IV 解毒





輔助藥物²⁷

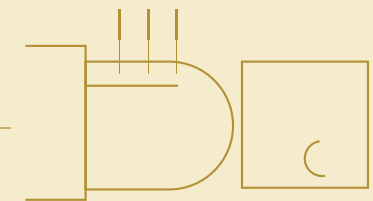
| 輔助藥物 | 作用 | 副作用 |
|---|--|-----------------------------|
| 類固醇 (Steroids) 例如： • Dexamethasone | 治療關節炎、血液 / 荷爾蒙 / 免疫系統疾病、過敏反應、皮膚和眼睛疾病、呼吸問題、腸道疾病和癌症等 | 腸胃道不適、頭痛、頭暈、失眠、食慾增加或體重增加等 |
| 抗癲癇藥 (Anticonvulsants) 例如： • Gabapentin • Epilim | 預防和控制癲癇發作，亦可用於舒緩神經痛 | 噁心、嘔吐、嗜睡、頭暈、失去協調能力或疲倦等 |
| 抗抑鬱藥 (Antidepressants) 例如： • Amitriptyline • Nortriptyline • Desipramine | 治療精神 / 情緒問題，例如抑鬱症。幫助改善情緒、減輕焦慮和緊張感、改善睡眠質素及增加精力 | 嗜睡、頭暈、口乾、視野模糊、便秘、體重增加或排尿困難等 |
| 抗焦慮藥 (Anxiolytic) 例如： • Ativan • Xanax | 治療焦慮症和驚恐症 | 嗜睡、鎮靜、神智混亂或對藥物產生依賴等 |
| 肌肉鬆弛藥 (Antispastic) 例如： • Baclofen • Diazepam • Hyoscine | 治療肌肉痙攣，並幫助肌肉放鬆 | 嗜睡、虛弱、疲倦或失眠等 |

(ii) 非藥物治療

- 舒緩放射治療 (Palliative Radiotherapy)

- 物理治療

- » 針灸
- » 按摩
- » 透皮神經電刺激 (TENS)
- » 熱敷或冷敷



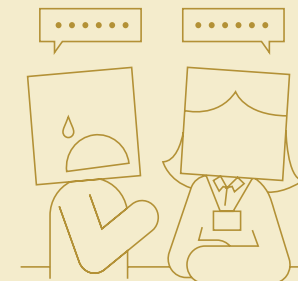
- 舒適治療

- » 陪伴和支持
- » 簡單的肢體活動
- » 冥想
- » 音樂、藝術或戲劇治療
- » 轉換臥式



- 心理治療

- » 個人輔導
- » 家庭輔導
- » 團體輔導
- » 牧靈輔導





1.3.3 呼吸困難

呼吸困難指的是吸氣不足和吃力的主觀感覺²⁸。這是在晚期病人中最常見的症狀之一。呼吸困難的成因包括¹⁸：



辨識呼吸困難的症狀和病徵

醫護人員可從病人的描述了解其呼吸困難的症狀，亦可透過觀察呼吸頻率、血氧飽和度、血氣和身體體徵（包括發紺、噁嘴式呼吸、喘息、胸骨上凹口陷入、坐立不安和使用輔助肌肉呼吸）來檢測病人的病徵。

呼吸困難的處理方法¹⁸

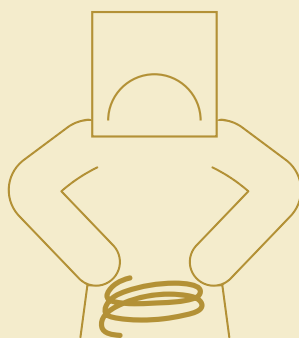
| 治療種類 | 處理方法及備註 |
|---|--|
| 氧氣 | <ul style="list-style-type: none">能幫助缺氧的病人，亦可對某些並非由疾病引致的呼吸困難症狀起舒緩作用慢性阻塞性肺病 / 淋巴管發炎的病人須長期使用因過度活動或恐慌而引致呼吸困難的病人可間歇性使用 |
| 鴉片類藥物 | <ul style="list-style-type: none">已確認有效治療因惡性疾病而引致的呼吸困難如小心地調整劑量，則亦可用於某些出現高碳酸血症的慢性阻塞性肺病患者適宜少劑量道德上可以接受 |
| 苯二氮平類藥物 (勞拉西泮) Benzodiazepines (Lorazepam) | <ul style="list-style-type: none">對舒緩晚期癌症或慢性阻塞性肺病患者的呼吸困難有輕微幫助可作為次選的治療方案對解決由焦慮引致的呼吸困難尤為有效 |
| 非藥物治療 | <ul style="list-style-type: none">「行為學派」的方法，例如放鬆或分散注意力保持空氣新鮮流通移除周遭含有刺激性的物件進行心理輔導 |





1.3.4 便秘

便秘在晚期病人中十分常見。患上晚期疾病時，病人的飲食習慣、液體攝取量、活動能力和所服用的藥物都可能有所轉變，因而導致便秘。便秘是一個複雜的問題，可能會導致情緒困擾和身體不適。便秘的病徵包括大便次數少於正常、大便堅硬和需要用力排便等²⁹。事實上，便秘亦可導致其他症狀或問題，包括²⁹：



- 噁心和嘔吐
- 腹痛和腹脹
- 因阻塞引起的假性腹瀉
- 糞便嵌塞
(糞便積聚在直腸內，引致腸道堵塞)
- 腸梗阻
- 尿瀦留
- 尷尬和焦慮
- 精神紊亂
- 坐立不安和躁動

便秘的成因¹⁸

- 食慾和液體攝取量減少
- 脫水和體液流失，例如嘔吐
- 缺乏能促進結腸蠕動的運動和直立姿勢
- 使用鴉片類藥物
- 腹部 / 橫膈膜 / 盆骨的肌力不足
- 同時出現抑鬱症、神經和代謝問題

便秘的處理方法^{18,29}

- 鼓勵病人增加口服液體攝取量
- 鼓勵病人定時進食。如情況合適，可建議他們增加纖維的攝取量。高纖維食物包括水果和蔬菜、豆類以及全穀類

- 如情況合適，可鼓勵病人多做運動；即使是溫和的運動亦能幫助刺激腸道
- 以打圈動作按摩腹部，促進腸道蠕動
- 定期記錄排便次數和情況
- 如須加大鴉片類藥物的劑量，則可增加使用通便劑
- 避免過度給予治療，例如在身體能排出柔軟大便時仍增加大便柔軟劑的用量
- 確保病人如廁時能享有私隱 — 如病人上洗手間時需要他人協助，請詢問他們希望醫護人員如何提供協助，並儘可能在過程中保護他們的私隱和尊嚴

處理便秘時需要理解的三個基本問題¹⁸

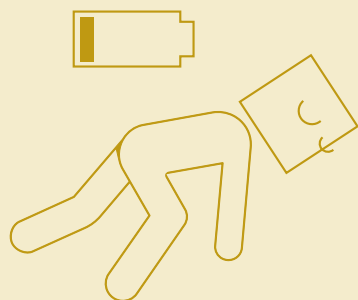
1. 病人有出現便秘情況嗎？
2. 梗塞的位置在哪裡？直腸還是結腸？
3. 大便是軟還是硬的？
 - (a) 直腸內有軟糞便
 - 加入刺激劑或比沙可啶（樂可舒）栓劑（Bisacodyl (Dulcolax) Suppository)
 - (b) 直腸內有硬糞便
 - 使用甘油栓劑 (Glycerine Suppository) 或增加大便柔軟劑的用量
 - (c) 直腸內並無糞便
 - 確認病人的便秘情況
 - 檢查結腸內的大便量
 - 增加刺激劑、大便柔軟劑或灌腸劑的用量





1.3.5 疲勞

疲勞是晚期疾病中最常令病人困擾的症狀。疲勞是一種持續性的主觀感覺，當中包括疲倦、虛弱和對晚期疾病的無力感。儘管醫護人員可能會低估了疲勞的問題，但它確實會影響身體機能、認知能力，以及社交、情緒和心靈健康³⁰。此外，疲勞可能影響病人對未來治療的決定，甚至可能令他們拒絕接受對自己有益的治療³⁰。



疲勞的成因³¹

- 貧血
- 睡眠障礙
- 治療副作用（尤其是放射治療和化療）
- 藥物影響，例如鴉片類藥物和抗組織胺藥（Antihistamines）
- 抑鬱
- 營養不良
- 疾病（例如癌症、心臟病和肺病、腎衰竭和甲狀腺功能減退）

疲勞的評估方法³²

- 判斷疲勞對病人進行日常活動的影響程度
- 檢視所有處方藥物和非處方藥物的劑量和成效
- 評估病人的水分攝取量和整體飲食情況
- 對因未能控制的疼痛或其他不適症狀所導致的睡眠障礙和失眠作出評估

- 判斷疲勞的成因是否屬於不可逆轉
 - » 可逆轉的成因包括藥物影響（降血壓藥、心臟藥物、利尿劑等）、缺水、貧血、電解質失衡和夜間睡眠失調
 - » 不可逆轉的成因通常與晚期疾病的進程有關

疲勞的處理方法^{30,31}

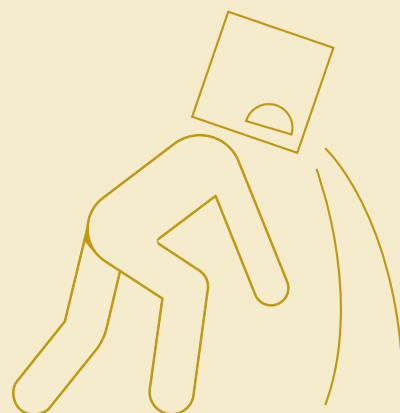
- 透過日誌的方法找出疲勞出現的時間和成因
- 為病人制訂節省體力的策略：
 - » 考慮使用自我管理計劃，訂下優先事項，並將一些工作交給別人
 - » 各項活動之間應相隔一段時間；每個時段只進行一項活動
 - » 將活動安排在病人體力最佳時進行，並保留體力以進行重要活動
 - » 減省不必要的活動
 - » 轉介病人接受職業治療，以獲取有關減少體力消耗的建議，以及適合的輔助設備
- 體能活動和運動：
 - » 建議病人進行適量運動
 - » 考慮轉介病人接受物理治療，以確保運動計劃能符合病人的個人需要。此舉對患有晚期疾病或出現治療副作用（例如貧血、骨質疏鬆 / 癌症骨轉移、跌倒）的病人尤為重要
- 心理治療：
 - » 壓力 / 焦慮管理
 - » 放鬆 / 輔助療法
 - » 有關睡眠模式的建議（例如晚上喝熱飲和避免刺激性物質）
- 可考慮使用類固醇等藥物來改善食慾和體能水平





1.3.6 噁心和嘔吐

噁心和嘔吐與不少晚期疾病有關，也可能是接受治療後的副作用³²。噁心是一種因腸胃道內壁、第四腦室底部的化學受器觸發區、前庭系統或大腦皮質受到刺激而引起的主觀不適感覺³²。嘔吐則是指上述任何部位受到刺激時，身體所出現並可觀察得到的神經肌肉反射³²。噁心和嘔吐經常同時出現，但亦有可能單獨出現。兩種症狀都可能對病人和家屬帶來極大的不便和困擾。



噁心和嘔吐的成因³³

- 便秘
- 焦慮
- 腸梗阻
- 化療
- 胃部發炎或潰瘍
- 影響大腦的疾病，例如癌細胞轉移
- 代謝層面的原因（例如高血鈣和腎衰竭）
- 藥物影響，包括鴉片類藥物和非類固醇消炎止痛藥

噁心和嘔吐的評估方法³³

醫護人員可透過身體檢查以及血液和尿液測試評估病人噁心和嘔吐的情況，亦可向病人或家人詢問以下資料：

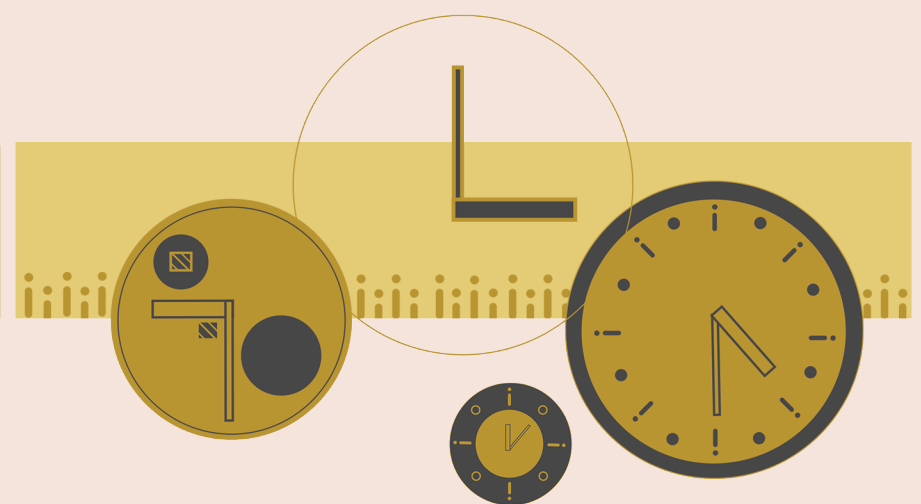
- 感覺不適的次數有多頻密？
- 有甚麼因素令噁心或嘔吐的情況改善或加劇？

- 正在服用甚麼藥物？
- 排便的習慣如何？
- 飲食情況如何？
- 是否有任何擔憂或顧慮導致焦慮的情況出現？

噁心和嘔吐的處理方法³³

- 鼓勵少吃多餐
- 給予止嘔藥，例如 Metoclopramide, Haloperidol, Prochlorperazine 等
- 給予清涼的碳酸飲料
- 建議以冷食代替熱食，避免進食油膩或辛辣的食物
- 營造一個平靜並能令病人安心的環境
- 確保病人保持舒適的姿勢
- 鼓勵病人參加輕鬆的活動，例如聆聽音樂或進行呼吸練習，以幫助控制焦慮
- 輔助療法（例如針灸）
- 讓病人訴說他們的擔憂或顧慮

第二章



嚴重疾病對話



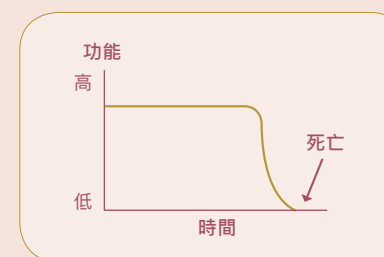
2.1 識別晚期病人

醫護人員能夠及早識別病人是否處於生命的最後階段是十分重要的，因為這樣可以及早預測病人的照顧需要，減少他們的住院次數和根據他們的意願制訂護理方案³⁴。而且，醫護人員可主動向病人提供護理照顧，例如釐清病人的照顧需要和展開預設照顧計劃的討論等，確保病人在生命的最後階段能夠得到妥善的護理。

以下為不同疾病的發展軌跡和惡化速度^{35,36}：

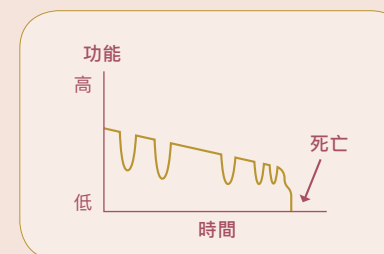
迅速且可預測的衰退

- 例如：癌症
- 生存時間：時間一般為數年，但惡化通常會在數月內發生



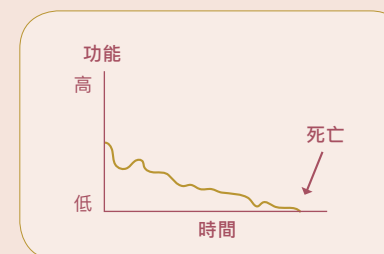
不穩定且難以預測

- 例如：器官衰竭（最常見為心臟和呼吸衰竭）
- 生存時間：持續 2 至 5 年，但死亡通常是突發性



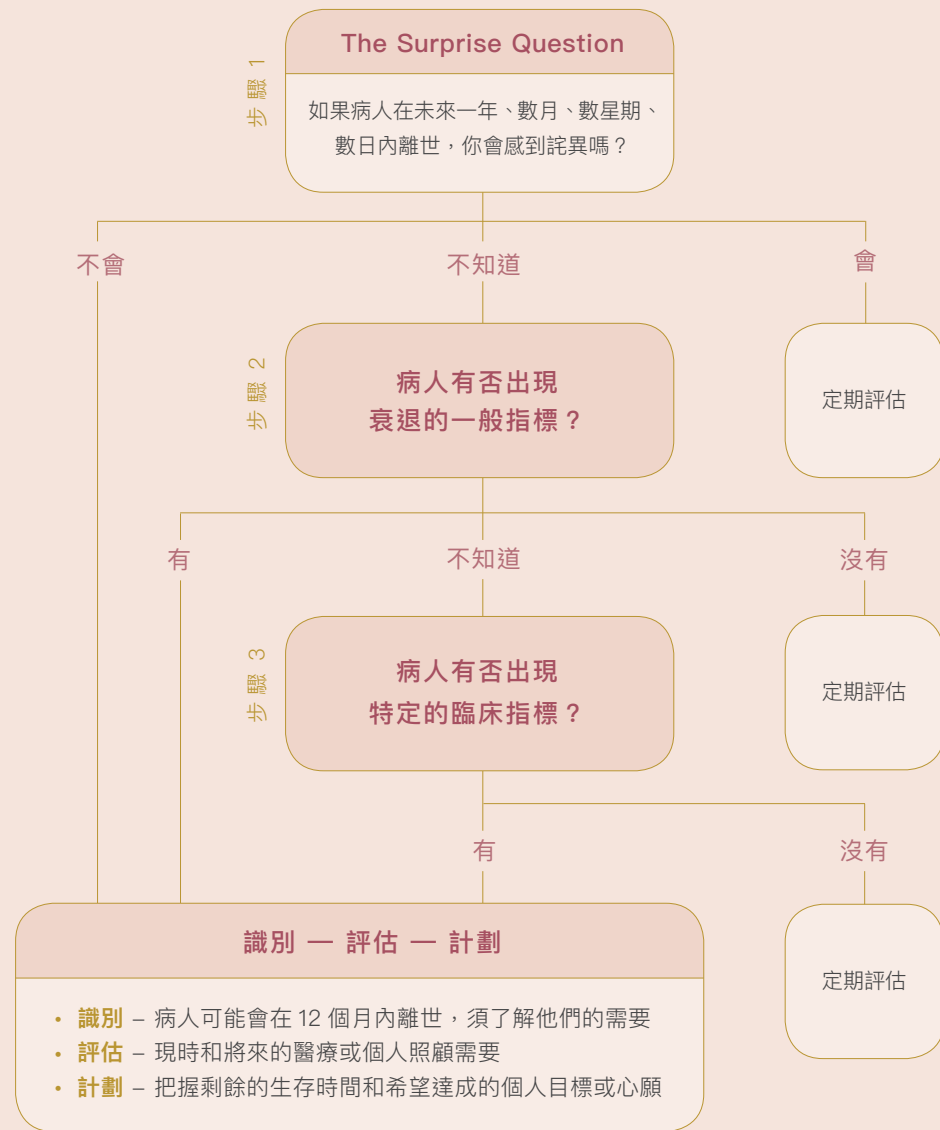
逐漸衰退

- 例如：體弱和認知障礙症
- 生存時間：時間不定（一般持續 6 至 8 年不等）





醫護人員可透過《主動識別指引》，及早識別晚期病人並了解他們的照顧需要³⁴。



若醫護人員對「如果病人在未來 12 個月內離世，你會感到詫異嗎？」的回應是「不會」（步驟 1），即代表病人屬於體弱的情況，或患有逐漸惡化的晚期疾病。衰退的一般指標（步驟 2）和特定的臨床指標（步驟 3）包括在最近 6 至 12 個月內 2 次或以上未有計劃的入院、症狀在接受最佳治療後仍然持續、多種器官出現衰竭，以及活動能力欠佳等。在識別晚期病人後，醫護人員可開始評估他們的需要和了解他們的心願。

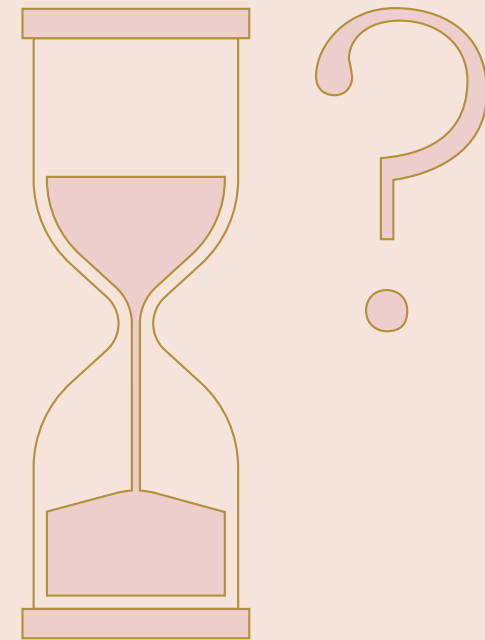


圖 8 《主動識別指引》



步驟 1

如果病人在未來一年、數月、數星期、數日內離世，你會感到詫異嗎？³⁴

為了有效回答步驟 1 的問題，醫護人員可透過病人的臨床、社交和其他指標，分析病人的惡化情況。

步驟 2

衰退的一般指標³⁴

- 入院次數頻繁
- 身體功能明顯減退，增加依賴和需要他人提供支援
- 針對病源的治療無反應
- 病人選擇不再接受治癒性治療，改為注重生活質素和以舒緩治療為本
- 體重在過去 6 個月內累計下降超過 10%
- 患有多種嚴重疾病
- 疾病進入晚期階段 — 身體受不穩定、惡化和複雜的症狀影響
- 活動量減少（例如每天有一半時間躺在床上或椅子上）

步驟 3

特定的臨床指標³⁴

1. 癌症

- 儘管已採取最佳的舒緩性腫瘤治療，症狀仍然持續
- 因癌細胞轉移、患有多種疾病或對治療無反應而導致身體功能和活動能力衰退（例如病人有超過一半時間在床上躺臥和預期壽命以月計等）

2. 器官衰竭

慢性阻塞性肺病

至少符合以下兩項指標：

- 入院次數頻繁（於過去 1 年至少因慢性阻塞性肺病入院 3 次）
- 需要接受長期的氧氣治療
- 被評估為嚴重患者（如 FEV1 少於 30% 預測值和症狀在接受最佳治療下仍然持續等）
- 呼吸困難的嚴重程度達到英國醫學研究委員會（MRC）所界定的第 4 級或第 5 級（例如病人在平地行走 100 米後便出現氣促情況）
- 其他因素（例如厭食症、右心衰竭和過去 6 個月內曾接受 6 星期以上的類固醇治療等）



心臟衰竭

至少符合以下兩項指標：

- 因心臟衰竭而反覆入院（於過去 6 個月內曾入院 3 次，或 75 歲以上的病人於過去 6 個月內曾入院 1 次）
- 儘管已接受最佳的治療，生理或心理症狀仍然持續
- 心臟衰竭達到紐約心臟協會（NYHA）功能分級的第 3 級或第 4 級，症狀在接受最佳治療的情況下仍然存在（例如在休息或進行輕量活動時出現氣促情況）
- 其他症狀包括低鈉血症（低於 135mmol/l）、貧血或腎功能下降等

腎病

病人屬第 4 或第 5 階段的慢性腎病，病情持續惡化且至少符合以下兩項指標：

- 入院次數頻繁（於 12 個月內入院超過 3 次）
- 出現對特定治療無反應的生理或心理症狀
- 病人對透析治療的耐受性差，並需要改變透析模式
- 拒絕透析治療的病人出現腎功能衰竭的症狀（例如噁心、嘔吐、痕癢、厭食症和身體功能減退等）

肝病

- 患有肝臟移植的禁忌症
- 患有肝細胞癌
- 患有晚期肝硬化且出現併發症，包括：
 - » 肝性腦病
 - » 頑固性腹水
 - » 其他症狀包括營養不良和肝腎綜合症等

柏金遜症

- 藥物的治療功效減退或藥物的治療方案變得愈趨複雜
- 出現精神病症狀（例如抑鬱症、出現幻覺、思覺失調或焦慮症）
- 增加依賴和需要他人協助日常生活的活動
- 出現運動障礙、行動不便和跌倒
- 與體弱的臨床指標相似（見下文）

一般神經系統疾病

- 症狀變得複雜且難以控制
- 吞嚥問題引致吸入性肺炎、敗血症或呼吸衰竭
- 出現言語問題（例如溝通和吞嚥困難的情況愈趨嚴重）
- 身體或認知功能在接受最佳治療後仍持續衰退





運動神經元疾病

- 認知困難的情況愈趨嚴重
- 首次出現吸入性肺炎
- 被評為低肺活量（例如肺功能測試結果低於 70% 預測值）
- 身體功能迅速減退
- 出現溝通困難
- 行動不便和跌倒
- 體重下降
- 症狀變得複雜和出現併發症

3. 體弱和認知障礙症

體弱

- 患有多種疾病
- 身體機能評估分數明顯下降
- 虛弱、體重下降、精力耗竭
- 步行速度緩慢（例如需用超過 5 秒以上的時間步行 4 米的路程）
- 缺乏體能活動

認知障礙症

- 不能獨自步行
- 大小便失禁
- 不能持續作出有意義的對話
- 巴氏 (Barthel) 日常生活功能表得分偏低
- 無法進行日常生活的活動
- 以上出現的指標再加上下列任何一種情況：
 - » 體重下降
 - » 尿道感染
 - » 壓瘡的嚴重程度達到第三級或第四級
 - » 反覆出現發燒的情況
 - » 食量減少
 - » 患有吸入性肺炎

最後 . . .

當檢視病人的臨床指標和識別病人可能在 12 個月內離世後，醫護人員可向病人及其家屬展開嚴重疾病對話。



2.2 與病人和家屬展開嚴重疾病對話

2.2.1 病人對安寧照顧的看法

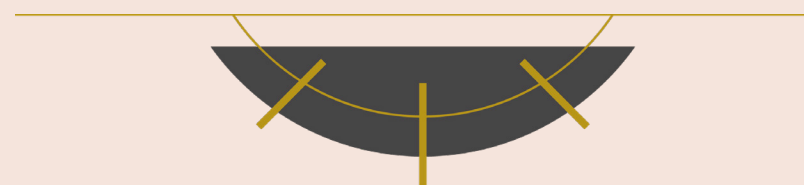
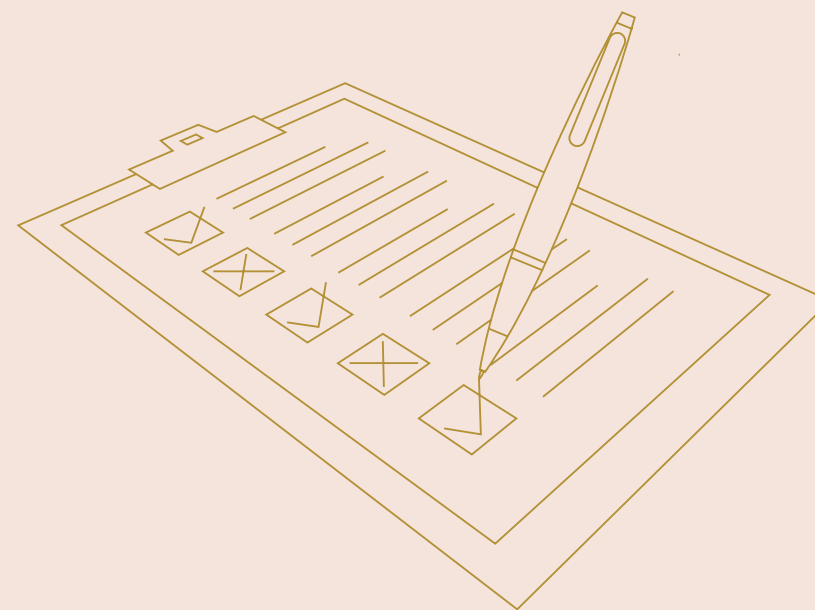
「好死」

醫護人員若能理解病人及家屬對於「好死」的看法，並明白他們最關注的問題，便能更容易展開嚴重疾病對話。「好死」的概念包括病人對自己的活動能力和病情的掌握、在有尊嚴和私隱下離世、緩解疼痛和控制症狀、獲得心靈或情感上的支持、有時間向家人好友道別、將死亡視為一個正常的過程，無須無意義地延長壽命，以及有準備地面對死亡³⁷。善寧會在 2011 年進行了一項問卷調查，旨在了解香港人認為甚麼在生命最後一程中是最重要的。根據 1,015 份已收回的問卷，「好死」當中最重要的五個元素分別為³⁸：

| 重要次序 | 「好死」的最重要元素 |
|------|------------------|
| 1 | 彌留之際沒有嚴重痛楚或不適 |
| 2 | 不適的症狀受到控制 |
| 3 | 了解自己的病情和預後 |
| 4 | 沒有成為家人或摯親的負擔 |
| 5 | 家人或摯親已準備好面對病人的死亡 |

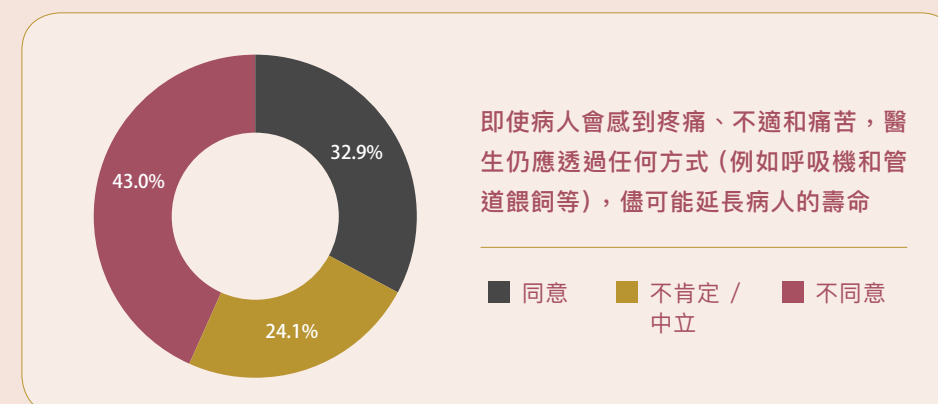
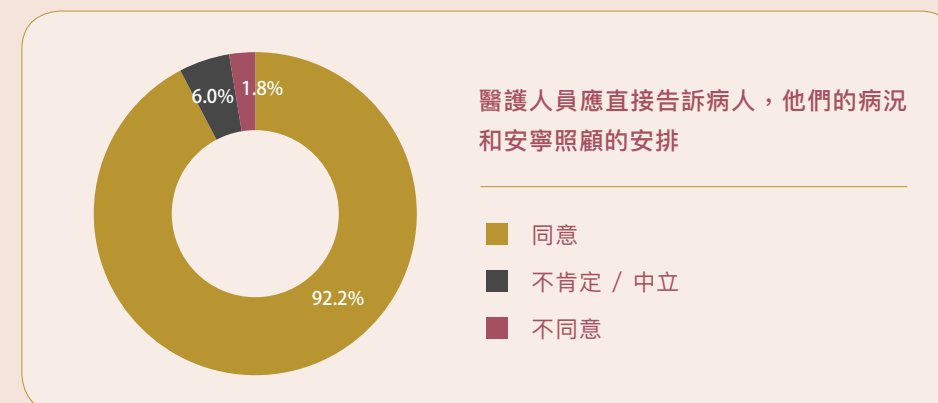
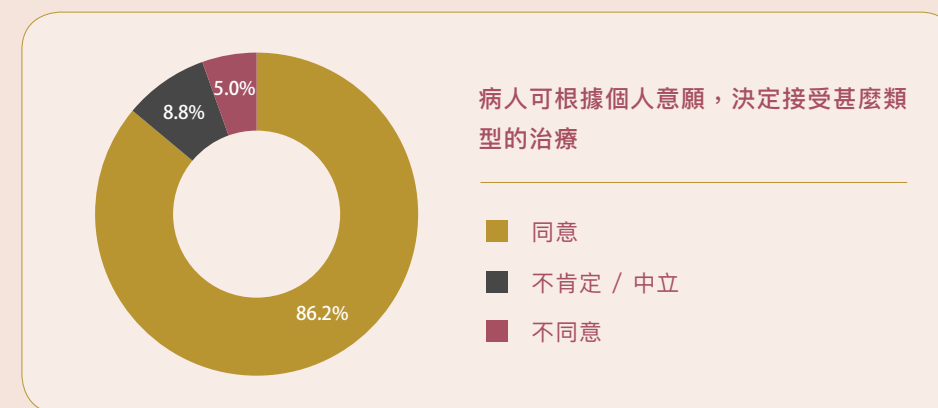
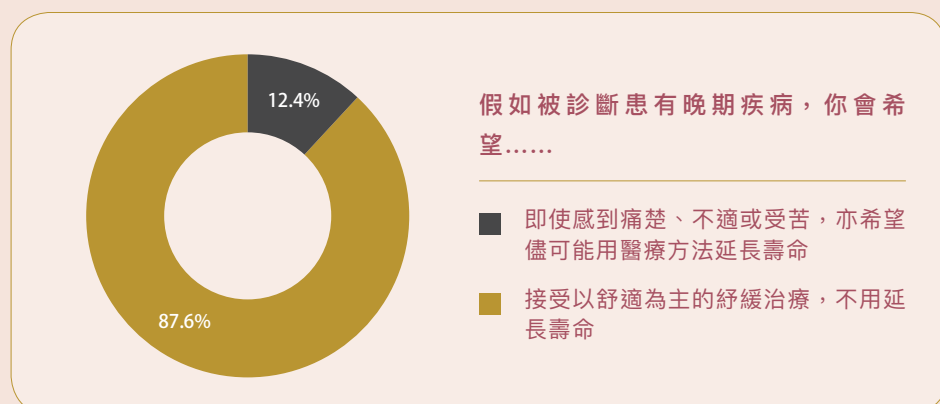
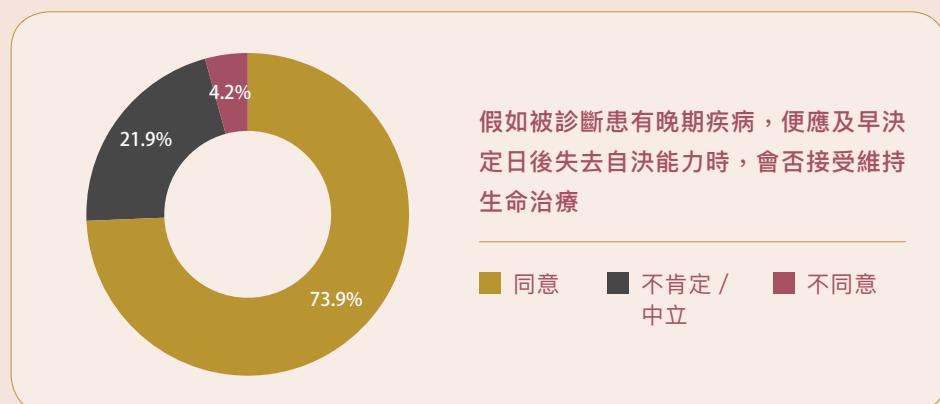
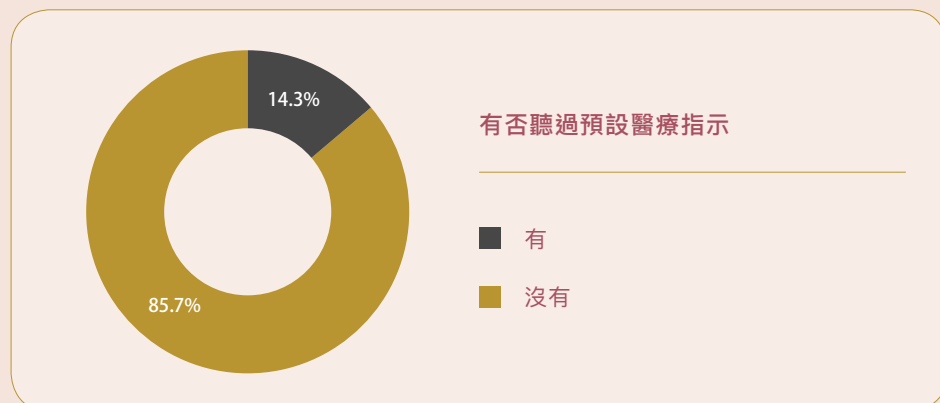
公眾對安寧照顧的認識、態度和偏好

香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院在 2016 年進行了一項全港性電話調查，抽樣訪問了 1,067 名成年人，了解他們對預設醫療指示和安寧照顧的認識、態度和偏好¹¹。調查顯示公眾對預設醫療指示和安寧照顧的認識和了解程度偏低。儘管市民的認知度不高，但他們普遍希望在自己的安寧照顧上擁有自主權。另外，大部分人認為自己假若被診斷患有晚期疾病，便會傾向選擇以舒適和控制疼痛為主的紓緩治療，而無須延長生命。





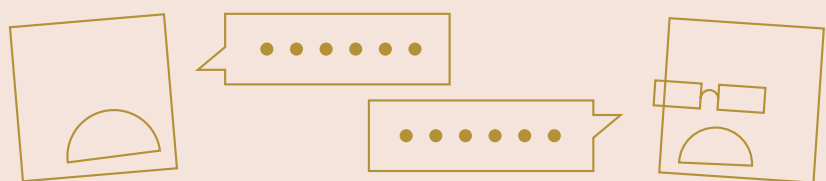
研究結果





2.2.2 嚴重疾病溝通指引 (Serious Illness Conversation Guide)

醫護人員與晚期病人進行嚴重疾病對話時，若能了解病人的意向、價值觀和個人目標，便可為病人帶來更好的生活質素、減輕憂慮，以及提供與其意願一致的護理。醫護人員可透過《嚴重疾病溝通指引》，展開以病人為本的嚴重疾病對話。指引有助醫護人員探討病人對疾病的看法、治療偏好、個人目標、擔心和恐懼、治療的取捨以及家人對病情的了解。當病人的病情及情緒較為穩定時，醫護人員便可與病人進行嚴重疾病對話³⁹。



嚴重疾病溝通指引的原則³⁹

- 進行嚴重疾病對話時不會對病人造成傷害
- 病人傾向知道病情預後的真相
- 讓病人向醫護人員表達擔心和恐懼
- 病人和醫護人員在討論過程中感到焦慮屬正常情況
- 除了延長壽命外，病人還希望達成個人目標和心願
- 根據病人的回應和情緒（例如焦慮），適當地調節對話內容，以及決定是否繼續進行討論

展開嚴重疾病對話的注意事項³⁹

| 應該 | |
|-----|--|
| ✓ | <ul style="list-style-type: none">• 找一個安靜的地方。在可行情況下，應選擇私隱度高的地方• 容許病人有沉默的時刻• 如病人允許，應直接和誠實地告知病情預後• 當告知病人生存時間時，可以表示時間是按星期計算、按月計算或按年計算• 將重點放在病人的生活質素、憂慮和擔心方面• 記錄對話內容• 提供建議（例如「根據你目前的醫療狀況和治療方案，以及你的目標和價值觀，我建議……」）• 理解和安撫病人情緒 |
| 不應該 | |
| ✗ | <ul style="list-style-type: none">• 將重點放在醫療程序上• 當病人情緒不穩定時，告知事實情況• 為安撫病人而提供不恰當的資訊• 使用醫學術語 |

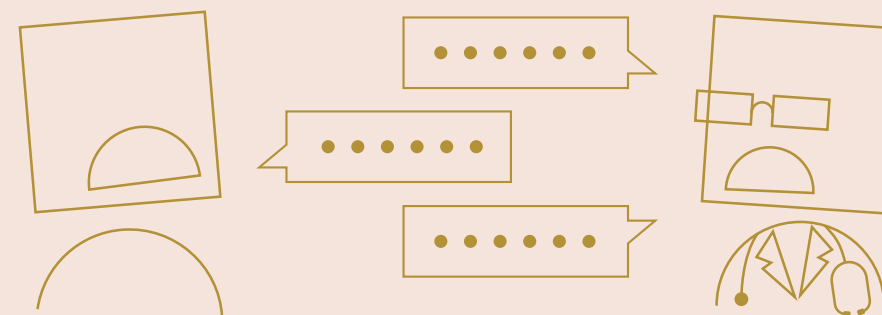




對話流程³⁹

| 步驟 | 目的 | 例句 |
|------|--|---|
| 準備對話 | <ul style="list-style-type: none"> 介紹對話目的及其好處 請求許可 | <ul style="list-style-type: none"> 我想和你談一談有關你的病情及未來進展，並提前制訂一些計劃。 可以嗎？ |
| 評估 | <ul style="list-style-type: none"> 評估病人對病情的了解 評估病人想了解的深入程度 | <ul style="list-style-type: none"> 你對目前的病情狀況有多了解？ 關於你將來的病情，你想知道多少？ |
| 講解病情 | <ul style="list-style-type: none"> 因應病人想知道的深入程度講解病情和回應病人情緒 | <ul style="list-style-type: none"> 我擔心剩餘的日子不多。 我知道這個消息是很難接受的。 |
| 探討重點 | <ul style="list-style-type: none"> 人生目標 | <ul style="list-style-type: none"> 如果你的病情轉差，最重要的目標或心願是甚麼？ |
| | <ul style="list-style-type: none"> 擔心和恐懼 | <ul style="list-style-type: none"> 就你日後的健康狀況而言，你最大的恐懼和擔憂是甚麼？ |
| | <ul style="list-style-type: none"> 精神支柱 | <ul style="list-style-type: none"> 當你考慮到將來的病情轉差時，有甚麼可以給你力量或支持？ |
| | <ul style="list-style-type: none"> 重要能力 | <ul style="list-style-type: none"> 哪一方面的能力對你來說是最重要的，如果失去了便會令你覺得失去生存意義？ |

| 步驟 | 目的 | 例句 |
|------|---|--|
| 探討重點 | <ul style="list-style-type: none"> 治療取捨 根據病人的病況解釋治療結果、治療風險和治療負擔 | <ul style="list-style-type: none"> 有部分維持生命治療可能會令你感到辛苦。當病情轉差時，你願意接受多少治療來換取更多時間？ |
| | <ul style="list-style-type: none"> 家屬對病人意向的了解 | <ul style="list-style-type: none"> 你的家人有多了解你的意願和重視的事項？ |
| 總結對話 | <ul style="list-style-type: none"> 總結病人意向 提供建議 對病人表示支持 | <ul style="list-style-type: none"> _____對你來說似乎很重要。 考慮到你的目標和重視的事項，以及疾病現時的情況，我建議……請放心，我們會與你一起面對。 |





影片：「面對嚴重病患時：怎樣溝通？」

香港中文大學賽馬會老年學研究所製作了一部名為「面對嚴重病患時：怎樣溝通？」的影片，示範如何使用《嚴重疾病溝通指引》與病人進行嚴重疾病對話，以及展示對話為病人帶來的正面影響。醫護人員可參考影片中所使用的字詞和語句，進一步了解如何按照溝通指引，探討病人的個人目標和價值觀等。



網址

<https://www.youtube.com/watch?v=0h2rRoDG0eU&feature=youtu.be>

二維碼



常見的對話情景和應對策略³⁹

情景 1

病人說：「我不想討論」

| 要點 | 策略 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 嘗試探討病人不願討論有關話題的背後原因。 病人對接收訊息感到矛盾。他們傾向想知道實況，卻又害怕面對事實真相。醫護人員堅定的語氣和平靜的心情，可幫助他們勇於面對有關話題。 病人可能需要家人或其他支持來面對有關話題。 病人對將來的事情和死亡的來臨充滿恐懼。 | <ul style="list-style-type: none"> 探討病人不願討論有關話題的原因： 「可以透露你不願談論此事的原因嗎？」 若病人感到矛盾，醫護人員應表示明白和理解其矛盾狀況。 向病人了解討論有關話題對他們的正面和負面影響。 提醒病人，會面的目的是想了解他們的想法；他們無須作出任何決定。 如果病人還未準備好進行討論，可讓病人在下次會面時再作討論或延遲對話，直至病人得到更多支持為止。 |





情景 2

病人還未準備好作出治療決定

| 要點 | 策略 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">病人需要更多時間來消化和整合訊息，並需要在作出決定前做好準備。告訴病人不用急於作出決定，並鼓勵病人與家人商討情況。若病人情況迅速惡化，醫護人員須提醒病人儘早作出決定。 | <ul style="list-style-type: none">告訴病人會給予充足時間考慮決定，並會在下一次討論時再帶出這個議題。鼓勵病人與家人商討決定： <i>「我們都知道這是艱難的決定，我們鼓勵你的家人一同參與。你可以先與他們商討，然後我們在下次會面時再談談有關話題。」</i>若病人情況迅速惡化，須告知病人並儘快制訂符合病人意願的照顧方案： <i>「我擔心你的病情開始轉差，我希望與你一起想想，你有可能需要儘早決定的事情。」</i> |

情景 3

病人說：「我一定會戰勝這個疾病」

| 要點 | 策略 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">探討病人認為「戰勝」的意思。除了延長壽命外，醫護人員可引導病人期盼其他事情。透過與病人建立互信關係、使用藥物或藉着家人對病人的鼓勵，嘗試為病人減輕焦慮，這樣可以令將來的討論變得較為容易。若病人堅持認為自己會康復，醫護人員應避免向病人否認，可等待病人減輕焦慮感後，才應對他們否認病情的問題。 | <ul style="list-style-type: none">認同病人戰勝疾病的欲望，但醫護人員同時亦應探討病人安寧照顧的問題： <i>「我們固然應該抱存希望，但同時也要為最壞的事情作好準備。」</i>關注病人的長處： <i>「我明白你對家人的影響力有多大。你可以透過為這個疾病預先作好準備，幫助家人一起面對。」</i>病人希望成為戰勝病魔的鬥士，醫護人員應尊重病人的拼搏精神： <i>「我知道無論病情好壞，你都能夠勇敢面對。不如我們都想一想，除了戰勝癌症之外，你還有其他事情想要完成嗎？」</i> |





情景 4

病人表現憤怒

| 要點 | 策略 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 醫護人員應保持鎮定。• 憤怒通常源於病人得悉自己的病情惡化，而非直接針對個別醫護人員。• 醫護人員應讓病人表達憤怒，並以非對抗性的方式回應。 | <ul style="list-style-type: none">• 嘗試探討病人憤怒的感受，但不要使用激烈的言語回應： <i>「我明白這確實令人沮喪，可以說說你現在的感受嗎？」</i>• 以非對抗性的方式回應： <i>「我明白你因為我無法為你找到有效的化療方法而感到沮喪，但我仍會為你盡最大的努力。」</i>• 鼓勵病人說出自己的想法。• 醫護人員可讓病人表達對安寧照顧的看法。 |

情景 5

病人表達激動的情緒（例如哭泣）

| 要點 | 策略 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 在討論嚴重疾病的議題時，病人流淚和出現其他情緒屬自然平常的事。• 醫護人員若能有效處理病人的情緒，可促使病人作出安寧照顧的決定。• 當病人表達激動的情緒時，醫護人員即使選擇聆聽，亦可以有治癒的功效。• 病人會害怕因為哭泣而令醫護人員遠離自己 — 選擇安撫和陪伴可減輕病人在這方面的憂慮。• 按照病人的反應適當地調節討論內容，並用溫和的語氣向病人提供引導，從而令討論得以持續進行，以及減輕病人不安的感覺。 | <ul style="list-style-type: none">• 容許病人有沉默的時刻。• 嘗試了解病人的感受： <i>「可否告訴我多一點？」</i>• 避免為了減輕病人的不安而向病人講出不恰當的安撫說話。• 避免在未尋求病人同意之前，提供他們未準備好接收的資訊。• 給予病人休息時間，稍後再繼續討論： <i>「我明白今次討論對你來說十分艱難。或者今天到此為止，下次再繼續討論。」</i>• 若病人持續表現激動，須考慮是否有需要轉介心理輔導服務。 |

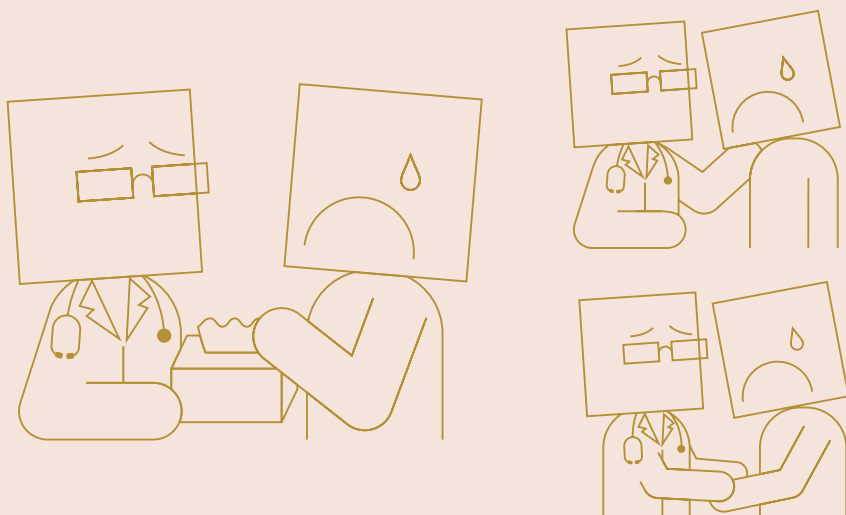




回應病人的情緒

- 尊重病人
 - » 嘗試理解和明白病人的感受
 - » 聆聽病人的說話，並對他們的說話予以認同
 - » 若病人感到不受尊重，他們會不願意進行面談或進行更激烈的辯論
- 向病人表達同理心
 - » 讓病人感受到醫護人員與他們同行
 - » 讓醫護人員設身處地感受到病人的情況
 - » 促使病人進一步講出自己的看法
 - » 幫助病人表達和抒發更多的恐懼和擔憂

以非言語的方式表達同理心



使用「NURSE」的溝通技巧表達同理心⁴⁰

| | 例句 | 備註 |
|------------------------------------|-----------------------|---|
| Naming the emotion (講出對方的情緒) | 「你似乎很擔心。」 | 這句說話對醫護人員來說十分有效，因為即使未能準確講出病人的情緒，但透過病人 / 家人的糾正，同樣可以了解到病人的真正感受。 |
| Understanding (明白對方的感受) | 「我知道這個情況對你來說有多困難。」 | 嘗試設身處地從病人 / 家人的角度出發，但醫護人員切記不要認為自己已經明白病人的一切情況。 |
| Respecting (尊敬對方的努力) | 「我知道你有努力依照我們的指示去做。」 | 嘗試稱讚和欣賞病人 / 家人的努力。 |
| Supporting (給予支持) | 「不用擔心，我很快就會回來看看你的情況。」 | 這樣的承諾是十分有效的，讓病人不會有被遺棄的感覺。 |
| Exploring the emotion (找出對方的情緒) | 「可否告訴我你現在擔心甚麼事情？」 | 嘗試探索病人背後的情感。 |

香港中文大學賽馬會老年學研究所製作了一部名為「向病人和病人家屬宣告壞消息」的影片，示範如何使用「NURSE」的溝通技巧來處理病人和家人的情緒。

向病人和病人家屬
宣告壞消息

網址

<https://youtu.be/UCzs56S7nSA>

二維碼





討論病情預後³⁹

| 病情預後 | 要點 | 策略 |
|------|---|--|
| 時間性 | 大多數病人希望醫護人員能夠根據他們的病況，大概預測他們剩餘的生存時間。相對於患有心臟或呼吸衰竭的病人，癌症病人的生存時間及照顧需要會較容易預計。然而，病人並不是期望得到最準確的預測，而是希望有時間為可能發生的事情作好準備。 | <ul style="list-style-type: none"> 當告知病人生存時間時，可以表示時間是按星期計算、按月計算或按年計算。 讓病人感到有希望： 「我希望你有更多的時間去完成你的心願。」 向病人表示病情的不確定性： 「惡化有可能在短時間或長時間內發生。」 |
| 功能性 | 醫護人員一般很難預測病人剩餘的生存時間，但卻可以預測病人身體功能的情況，這樣可以方便病人計劃將來和設定個人目標。醫護人員可向病人概述將來有可能或不可能改善的情況，幫助病人了解將來的生活，並作出與自己價值觀相稱的決定。 | <ul style="list-style-type: none"> 讓病人感到有希望： 「你可以繼續與家人共渡美好時光，並從日常生活中尋找樂趣。」 向病人承諾會繼續提供最佳治療以改善病人的身體功能： 「我們會繼續為你進行物理治療，儘量讓身體恢復部分活動能力。同時間，我們會尋找其他方案去協助你改善活動能力。」 向病人講述可能或不可能改善的情況： 「你腿部腫脹的情況有好轉的跡象，但仍然需要接受氧氣治療。」 |

| 病情預後 | 要點 | 策略 |
|-------|---|--|
| 不可預測性 | 如果病人患有晚期心臟衰竭和晚期呼吸疾病，醫護人員應讓病人知道自己的病情較難準確預測，可能會持續穩定、隨時間逐漸惡化，或者在沒有預見的情況下步向死亡。這樣，病人及家屬可以按照自己的價值觀和偏好，及早準備想完成的事情。 | <ul style="list-style-type: none"> 向病人明確表示疾病的發展軌跡： 「晚期心臟衰竭的疾病發展是難以預測的。有部分病人可以生存多年，有部分卻可能會迅速惡化。所以，我們要為突發的情況做好準備。」 給予病人希望，但同時提醒病人要為最壞的情況作準備： 「我希望你之後有更多美好的日子。不如我們一起制訂計劃，它可以成為你的安全網，即使事情未如你所願，你也不會不知所措。」 向病人提出假設情況： 「如果你心臟衰竭的情況突然惡化，你的健康狀況可能無法回復到現有水平。你甚至可能需要入院或於深切治療部接受治療。」 |

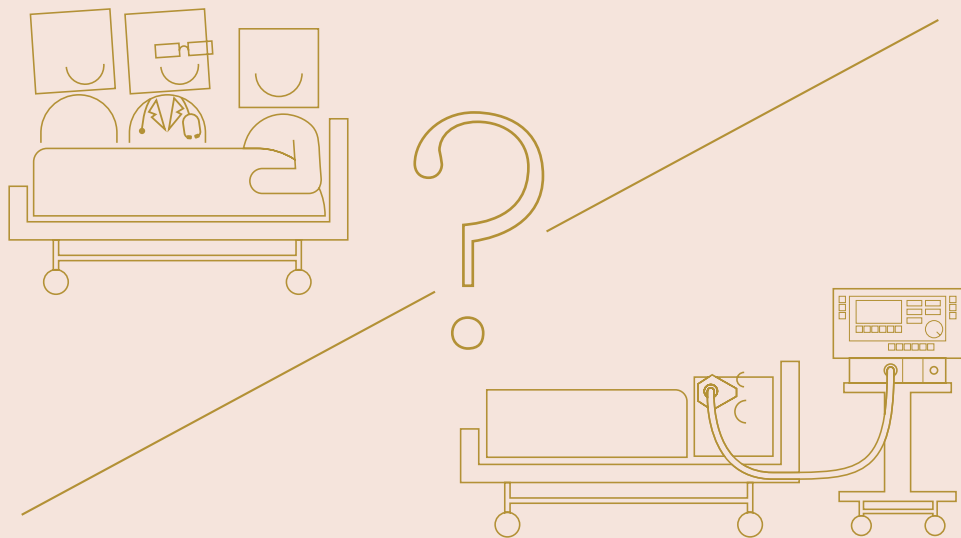




討論治療方向

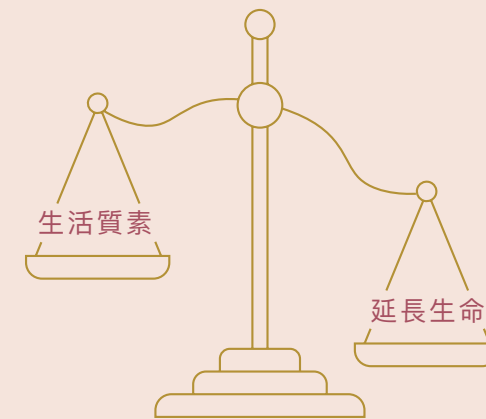
當病人因病情不斷惡化而面對治療決定時，醫護人員可透過三種治療方向，包括延長生命治療、以舒適為主治療和保守治療，用作解釋治療的結果、治療的風險和治療對病人及其家人可能帶來的負擔。

治療對病人及其家人可能帶來的負擔指的是有機會出現的副作用，以及病人因需要入院接受治療，導致與家人和朋友相聚的時間減少等。每種治療方向代表着病人在延長生命和儘量提高舒適度之間作出權衡，病人選擇的治療方向一般會取決於個人的價值觀和目標。隨着病情的變化，病人的選擇亦可能會隨之而改變。舉例說，病人會在疾病的較早階段選擇接受更多治療，但是隨着生存機會減低或治療負擔增加，他們會偏向選擇以舒適為主的治療。



延長生命治療

這種治療方向的目的是延長病人的生命。病人會接受任何能維持生命的治療（維生治療），並可能需要長時間在深切治療部留醫。此類治療一般具侵入性，雖然有機會延長病人生命，但亦可能造成痛苦，降低他們的生活質素。



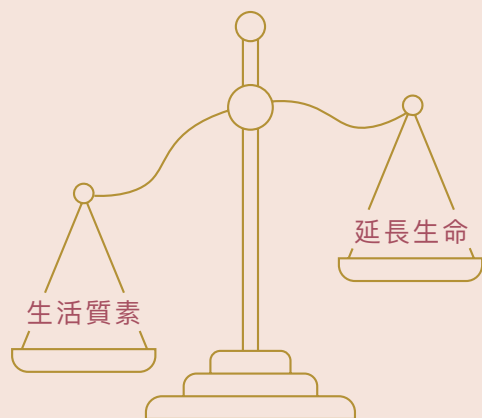
例句

「當你的心跳或者呼吸停止時，我們會為你進行心肺復甦術。這個過程涉及按壓胸部和將空氣吹入肺部。過程中有可能需要以電擊方法刺激心臟。當肺部無法為身體輸送足夠氧氣時，我們會將一條喉管經過你的喉嚨插入氣管，並連接到一個呼吸機，將空氣直接打入肺部。在使用呼吸機時，你將無法說話或進食。我們會為你插入胃喉管以提供營養。同時間，病人亦要注射鎮定劑，以減輕呼吸機帶來的不適，有小部分病人可能會因為鎮定劑的功效不足而感到不適。一段時間後，有部分病人可以停用呼吸機並自行呼吸，但亦有病人需要永久使用呼吸機。對於患有晚期心臟衰竭的病人來說，心肺復甦術和其他維生治療通常未必有太大幫助。即使這些治療能延長病人的生命，但很大機會未能幫助病人回復到入院前的活動能力和生活質素。」



以舒適為主治療

這種治療方向以控制和紓緩症狀為主，目的是讓病人在接受治療的過程中感到舒適和維持生活質素，而不是純粹只為延長生命。選擇這種方向的病人大多不願意經歷痛苦的治療，反而希望能順其自然地面對疾病，減少出入院次數，爭取時間陪伴家人，從而安詳地渡過晚期。跨專業的醫護團隊，包括醫生、護士、社工、物理治療師和心靈關懷輔導員，會合作為病人和家屬提供支援。

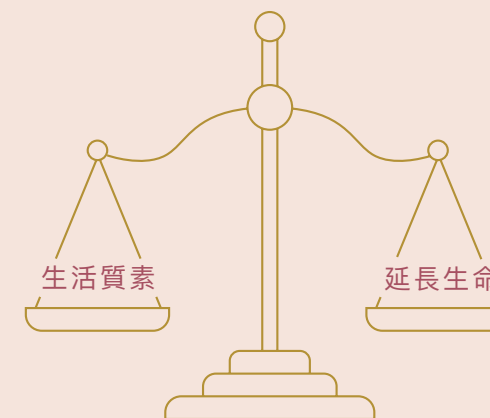


例句

「你得到的治療主要用作控制和紓緩症狀，但絕非以醫療方法加快死亡。我們會用藥物或者非藥物的治療方法去紓緩症狀，例如呼吸困難、焦慮和痛楚等等。如果症狀無法在家中得以充分紓緩的時候，你就有可能在醫院或者寧養設施內接受治療。」

保守治療

這種治療方向是較為中庸的做法。病人選擇接受保守治療，延長生命是重要的目的，但治療所帶來的不適屬可接受的範圍，並且希望能夠同時保持生活質素。假如治療帶來的不適或者痛苦太大，令病人的生活質素無法符合自己的期望時，就不建議繼續使用這個治療方法。



例句

「你可能需要入院接受治療，減輕症狀及改善可控制的情況，例如控制病菌感染或者抽出肺部的水份等。你仍有可能需要配戴大型氧氣罩去維持呼吸。該氧氣罩會接駁一個名為「雙正壓呼吸機」(BiPAP) 的儀器。這部呼吸機可幫助你的肺部換氣。當你配戴 BiPAP 面罩期間，你將無法說話或者進食，緊貼面部的面罩亦會造成一定程度的不適。」



影片：認識晚期疾病的治療選擇

香港中文大學賽馬會老年學研究所製作了三部影片，為患有晚期疾病的病人介紹他們在病情惡化時可選擇的治療方案。影片希望讓患有晚期慢性阻塞性肺病、晚期心臟衰竭和晚期認知障礙症的病人更清楚了解自己的病情，以及協助他們考慮日後病危時的治療偏好。醫護人員可考慮使用這些影片來幫助病人及其家人進一步明白他們的治療選擇。

(i) 晚期慢性阻塞性肺病



Goals of care options for patients with advanced COPD_ACP

網址

<https://youtu.be/FEK0bpe9Cvg>

二維碼



(ii) 晚期心臟衰竭



Understanding care decisions in advanced heart failure_ACP

網址

<https://youtu.be/hCJ9aagZTLA>

二維碼



(iii) 晚期認知障礙症



End-of-life care for dementia patients

網址

<https://youtu.be/Ay8SYK-1vNk>

二維碼





處理嚴重疾病對話小貼士³⁹

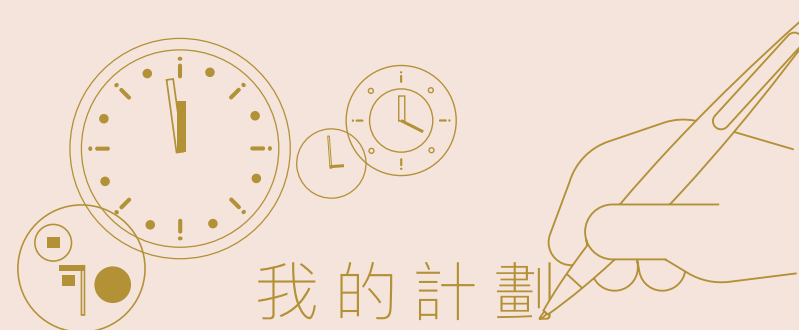
| 要點 | 策略 |
|--------------|---|
| 適時將病人的話題帶回正軌 | <ul style="list-style-type: none"> 嘗試有禮貌地打斷病人的說話： <i>「由於今次討論時間緊迫，不如我們先討論你希望達成的目標。」</i> 提醒時間有限： <i>「我都希望我們有更多時間可以談論你的女兒，但不如我們先討論你未來的照顧計劃。」</i> 向病人表示明白討論對他們來說十分艱難，然後有禮貌地將話題帶回正軌： <i>「我明白討論這個話題是很困難的，但你可否告訴我，你最大的擔憂是甚麼？」</i> |
| 管理對話時間 | <ul style="list-style-type: none"> 嘗試每次會面都向病人提問兩個問題。 在適用情況下，將部分問題分配給不同團隊成員。 |
| 記錄對話內容 | <ul style="list-style-type: none"> 有部分嚴重疾病對話的內容可以交由不同醫護人員處理（例如社工或護士），但病情預後的部分須交由醫生負責。 將對話內容分數次進行，效果可能會更理想。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 與病人討論時，盡量避免使用電腦。 記錄對話內容時，要經常與病人保持眼神接觸。 |

2.3 預設照顧計劃

當醫護人員與病人展開有關嚴重疾病的對話後，病人可能會同意將對話內容正式記錄成為預設照顧計劃的一部分⁴¹。預設照顧計劃可以讓醫護人員在病人將來精神上失去行為能力時，按照病人事先表達的意願作出照顧和治療安排⁴¹。預設照顧計劃涵蓋的範圍廣泛，除了記錄病人表達的願望、價值觀、或者透過預設醫療指示表達對維生治療的意向外，醫護人員亦可以藉着預設照顧計劃的討論，了解病人對器官捐贈和身後事安排的看法。

預設照顧計劃的目的⁸

- 預設照顧計劃是一個讓病人事先表達對醫療和個人照顧意願的總體過程
- 在過程中，病人可以：
 - » 表達其信念、價值觀和願望
 - » 作出拒絕接受維生治療的預設醫療指示
 - » 表達對將來醫療或個人照顧的意向
 - » 委托一名家庭成員作主要聯絡人，以便日後作諮詢
- 當病人日後病情惡化，病人及家人可以有較充足的心理準備





預設照顧計劃的商討內容⁴²

| | |
|----------|--|
| 疾病 | <ul style="list-style-type: none">• 病情預後 |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none">• 可提供的選擇，其好處和風險 |
| 病人意向和價值觀 | <ul style="list-style-type: none">• 對治療的期望• 對治療限度的意向• 對個人照顧的意向• 希望達成的目標 |
| 病人家屬 | <ul style="list-style-type: none">• 家屬的價值觀和關注的事項• 無能力自決病人事先表達的願望或意向 |
| 其他 | <ul style="list-style-type: none">• 可包括死後的安排，例如身後事、器官捐贈等 |

討論預設照顧計劃的注意事項⁸

- 須視乎病人的病況發展和準備程度
- 屬自願性質
- 不應視為規範化的操作程序
- 病人及其家人可主動提出討論，但一般由醫護人員提出
- 在討論有關疾病的內容時，不應集中討論病人拒絕哪些維生治療的決定，而是將重點放在實現病人的意向、價值觀和願望上
- 預設照顧計劃屬於一個持續的過程，可能需一次或多次討論才能達致共識
- 使用預設照顧計劃表格協助記錄，但表格不應視為公式化填寫檢閱表的工具

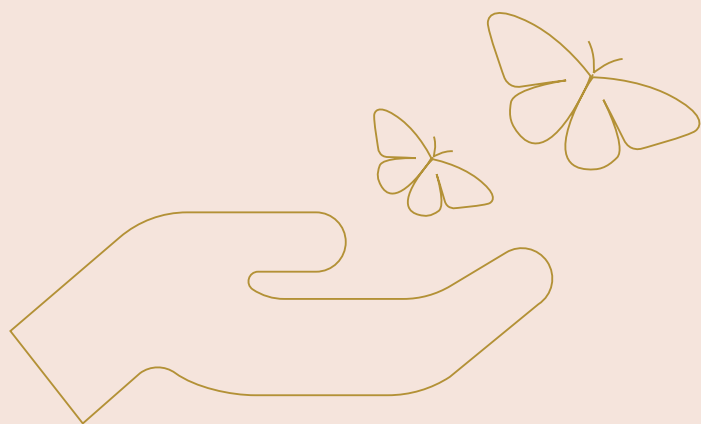
預設照顧計劃的好處⁴²

- 尊重病人的自主權
 - » 病人可透過預設照顧計劃，預早表達自己的價值觀和意願，拒絕接受無效的維生治療，從而行使其自主決策權
 - » 當病人將來失去自主能力時，其事先表達的意願可以得到醫護人員和家人的尊重和遵從
- 避免日後爭議
 - » 避免家人和醫護人員在病人生死徘徊之際，仍要因抉擇而發生衝突和矛盾
 - » 減輕家人的負擔和對將來醫療決定的焦慮





- 行使病人的知情權
 - » 病人和家人能夠透過討論深入了解病情
 - » 病人在作出知情選擇前，能夠充分掌握其疾病的預後、維生治療的利弊，以及了解拒絕維生治療的意義
- 促進家庭關係
 - » 在醫護人員的鼓勵和引導下，病人可以表達自己的價值觀和意向，而這些話題可能是病人在家中甚少談及的
 - » 讓家人對病人的意願加深了解，令家人可以進一步配合和提供適切的照顧
- 減少臨終痛苦
 - » 若病人選擇拒絕接受無效的維生治療，讓自己自然和有尊嚴地離世，可以避免承受不必要的痛苦，以及減輕家人的哀傷



以團隊方式進行預設照顧計劃的討論⁸

- 醫護人員在預設照顧計劃過程中擔任促進者的角色
- 醫生通常是促進人員中的核心成員，在適當時，過程中可由護士或醫務社工輔助或作出跟進

在進行預設照顧計劃的討論前

- 安排跨部門團隊會議：
 - » 闡明病情預後和治療方案
 - » 了解病人的社會背景，並決定邀請誰參與有關過程
 - » 籌備討論（包括時間和地點的安排），並訂下討論目標

討論過程中

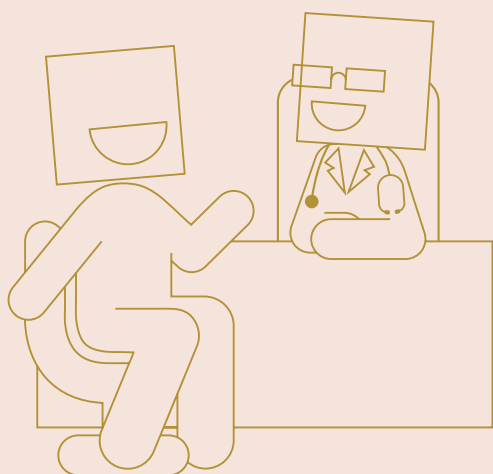
- 以淺白用語向病人提供適當和充分的疾病和治療資料
- 處理討論過程中引發的情緒和分歧
- 與病人和家人在作出決定時尋求共識
- 尊重病人的自主權和恪守保密原則
- 以積極和具同理心的態度聆聽
- 仔細評估病人是否願意繼續討論
- 鼓勵家人聆聽病人的感受，促進家人表達意見





討論完結後

- 檢視預設照顧計劃
 - » 由於病人的意願可能會隨着病情改變而有所變更，因此須適時檢視預設照顧計劃的內容
 - » 如有任何更改，應重新填寫一份預設照顧計劃表格
- 將預設照顧計劃的內容告知病人家屬、照顧者和相關的醫護人員
- 如病人選擇簽署預設醫療指示或不作心肺復甦術的文件，醫護人員應予以跟進
- 把預設照顧計劃的討論內容記錄在案，以確保病人能得到延續護理。討論結果應記錄在預設照顧計劃表格內，包括：
 - » 病人的意願、信念和價值觀
 - » 有關醫療和個人照顧的意向
 - » 日後可作諮詢的指定家庭成員
 - » 有關維生治療限度的整體意向，以及對個別維生治療的意向（如有）



影片：預設照顧計劃

香港中文大學賽馬會老年學研究所製作了一部關於預設照顧計劃的影片，旨在提升醫護人員與病人／家人商討預設照顧計劃時的溝通技巧。影片內容包括討論預設照顧計劃的實用小貼士、與病人和家人交談時所面對的挑戰和解決方法，以及有關預設照顧計劃的個案分享。



網址

<https://youtu.be/ImTAn6JHW28>


二維碼





預設照顧計劃表格樣本

附錄 1

| | | | |
|--|--|------------------------|---------------------------|
|  醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY | 精神上有行為能力成年人的 預設照顧計劃 (正本由病人保管) | 請貼上附有住址的病人標籤 | |
| | | 姓名: _____ 性別/年齡: _____ | 身份證號碼: _____ 病房/病床: _____ |
| | | 入院號碼: _____ 部門: _____ | |
| 注意事項: 1. 本文件記錄了我的願望及意向, 以便醫療小組得悉我重視的事情, 作為日後醫療照顧及治療的參考。這並非記錄我的預設決定, 亦沒有法律約束力。 2. 假如我想記錄拒絕接受任何特定治療的預設決定, 我必須簽署預設醫療指示 (簡短版或全文版「醫管局預設醫療指示表格」), 而該文件具有法律約束力。 3. 不論我的意向為何, 醫療小組無責任提供醫療上無效用或不合適的治療。 4. 我可以選擇不填寫本文件第5至第8段內的任何個別項目。 5. 假如我改變意向, 我應與醫療小組和家人商議, 並填寫新的預設照顧計劃文件。 | | | |
| (1) 病情 診斷: _____ 病情預後: (已向病人講述的預計病情進展及預後) _____ 治療: _____ | | | |
| (2) 參與商討預設照顧計劃的醫生 醫生簽署: _____ 日期: _____ 姓名: _____ 醫院/部門: _____ | | | |
| (3) 參與商討預設照顧計劃的其他醫護人員 | | | |
| | 姓名 | 醫院/部門 | 專業 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| (4) 參與商討預設照顧計劃的家庭成員 (請標示: *主要照顧者, #同住) | | | |
| | 姓名 | 與病人關係 | 聯絡電話 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

精神上有行為能力成年人的預設照顧計劃 HA9621A/R



| |
|---|
| (5) 我(病人)的價值觀、信念和願望 我重視的事情: (例如家庭、自助能力、靈性或宗教信仰、承傳、葬禮、寵物等) 我憂慮的事情: (例如臨終時的痛楚、過往不愉快的醫療體驗、未完成的事務、負累他人、拖延死亡過程、身後事等) 我想和其他人分享的願望或個人目標: _____ |
| (6) 日後商議的指定家庭成員 <input type="checkbox"/> 有 (請註明) _____ <input type="checkbox"/> 沒有 |
| (7) 我(病人)對個人照顧的意向 若我的 預期壽命少於一年 , 我希望在甚麼地方接受照顧: <input type="checkbox"/> 自己家中 <input type="checkbox"/> 遷往另一處與其他人居住 <input type="checkbox"/> 院舍 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 上述意向可能遇到的困難: (例如經濟問題、有否日間/晚間照顧者等) 個人照顧方面的其他意向: (例如喜愛的食物、同伴、外表、個人衛生、社交活動、喜好) _____ 在 生命的最後數天 , 我希望在甚麼地方接受照顧: <input type="checkbox"/> 自己家中 <input type="checkbox"/> 遷往另一處與其他人居住 <input type="checkbox"/> 院舍 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 上述意向可能遇到的困難: (例如經濟問題、有否日間/晚間照顧者等) 個人照顧方面的其他意向: (例如儀式、宗教活動、音樂、家人/朋友陪伴) _____ |



(8) 有關限制維持生命治療的意向¹

(a) 若我的病情到了末期²：

- 如可以的話，我不希望接受維持生命治療。
- 即使成效低，我希望接受維持生命治療。
- 我的整體意向在以上兩者之間。我的個別意向（如有），請看下表。

- 除了預設醫療指示內的決定（如有），我對個別維持生命治療的意向如下（並無法律約束力）：

希望不接受： 對以下治療不肯定： 如有需要，可以接受：

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

- 尚未決定。

(b) 若我的病情到了其他的晚期狀況（請注明）：

¹ “維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。

² “病情到了末期”指患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病，而且對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命；至於施行維持生命治療的作用，只在於延遲死亡一刻的來臨。

(9) 預設醫療指示、及/或「不作心肺復甦術」表格（非住院病人）

- 我未決定簽署任何預設醫療指示
- 我已簽署預設醫療指示：
 - 簡短版「醫管局預設醫療指示表格」（不作心肺復甦術），日期_____
 - 全文版「醫管局預設醫療指示表格」，日期_____
 - 其他屬有效的預設醫療指示，日期_____
- 具有醫管局非住院病人「不作心肺復甦術」表格，日期_____
- 未具有醫管局非住院病人「不作心肺復甦術」表格

(10) 我（病人）的簽署

我認同以上內容。

病人簽署：_____ 日期：_____

病人姓名：_____





預設醫療指示⁴²

年滿 18 歲、精神健全和知情的病人可訂立預設醫療指示，清晰闡述當自己到了生命末段而不能自決時，在甚麼特定情況下拒絕哪些維生治療。在普通法制度下，有效和適用的預設醫療指示具有法定效力。

預設醫療指示表格適用於以下情況的病人：



維生治療⁴²

維生治療是指任何有可能延長病人生命的治療，但部分治療方式具侵入性，對病人造成痛苦和身體的損傷。

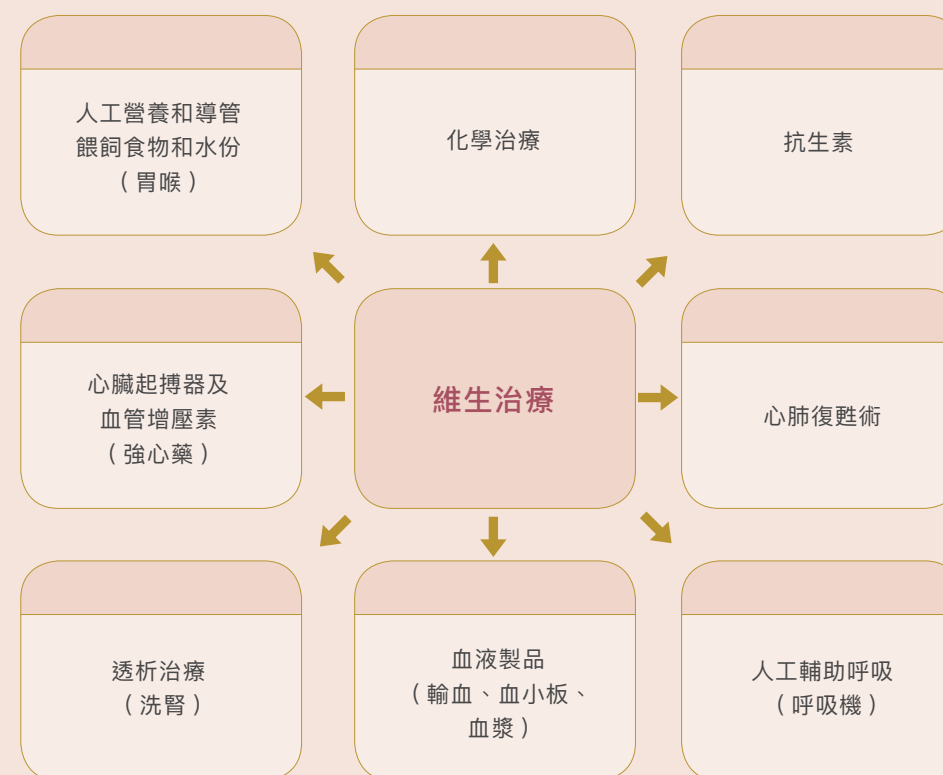


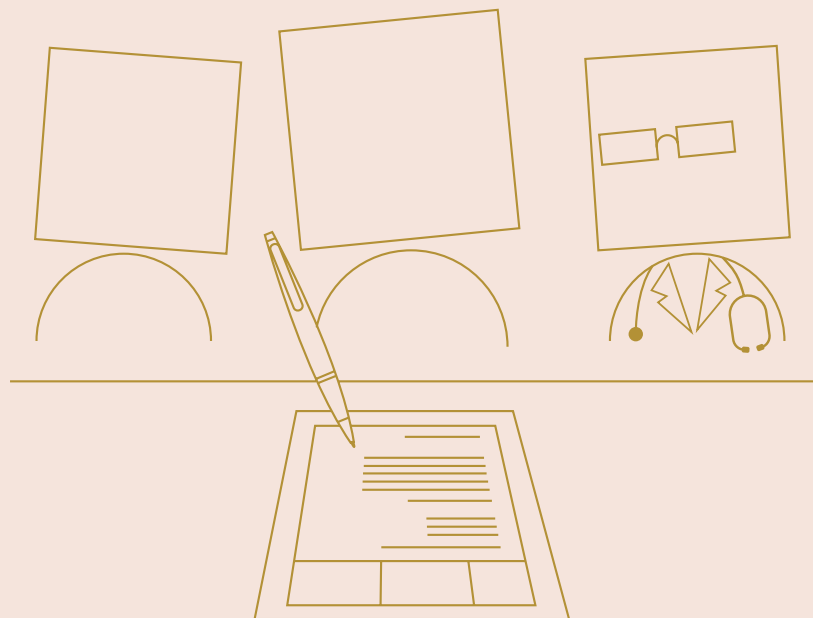
圖 9 維生治療的例子





訂立預設醫療指示的注意事項⁴²

- 預設醫療指示必須由病人和兩名見證人簽署，兩名見證人必須符合以下資格：
 - » 其中一名見證人必須是香港註冊醫生
 - » 兩名見證人均不得在預設醫療指示作出者的遺產中有任何權益



- 預設醫療指示是在病人失去自主能力時，由醫護人員證實該指示所提及的疾病適用於該情況下才會執行。若醫護人員懷疑預設醫療指示的適用性（例如昏迷是由其他原因所引致）或文件的有效性（例如曾經被毀壞），醫護人員可決定先為病人提供急救。


- 醫護人員有責任執行適用且有效的預設醫療指示。任何人（包括家庭成員在內）都不能推翻病人的預設醫療指示。
- 預設醫療指示的正本須由病人及其家人所保管，並在病人入院時將正本呈給醫護人員。
- 訂立預設醫療指示後，病人可修正或取消該文件。如果版本有分歧，醫護人員會以病人擁有的正本為準。





預設醫療指示表格樣本

附錄 1

| | | |
|---|-----------------------------|--|
|  醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY | <h1>預設醫療指示¹</h1> | 請以正楷書寫或貼上病人標籤 |
| | | 入院/門診號碼：..... 姓名(英文)：.....(中文)..... 身份證號碼：.....性別：.....年齡：..... 部門：.....組別：.....病房/床號：...../..... |
| 第 I 部：此預設醫療指示作者的詳細個人資料 | | |
| 姓名：..... (請以正楷書寫) | | |
| 身份證號碼：..... | | |
| 性別：男性/女性 | | |
| 出生日期：____/____/____ (日) (月) (年) | | |
| 住址：..... | | |
| 住宅電話號碼：..... | | |
| 辦事處電話號碼：..... | | |
| 手提電話號碼：..... | | |
| 第 II 部：背景 | | |
| 1. 本人明白此指示的目的，是當本人病情到了末期，或處於持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷，或有其他特定的晚期不可逆轉的生存受限疾病時，將本人所可能身受或造成的痛苦或尊嚴損害減至最低，並免除本人的醫療顧問或親屬或兩者同時肩負本人作出困難決定的重擔。 | | |
| 2. 本人明白無論在任何情況下醫生/院方都不會執行安樂死，亦不會依循本人在治療方面的任何非法指示，即使本人明文要求這樣做亦然。 | | |
| 3. 本人_____ (請清楚填上姓名) 年滿 18 歲，現撤銷本人以前曾就自己的醫護及治療作出的所有預設醫療指示 (如有的話)，並自願作出下述預設醫療指示。 | | |
| 4. 如經本人的主診醫生及最少另一名醫生診斷，證實本人是病情到了末期，或陷入不可逆轉的昏迷或處於持續植物人狀況，或有其他特定的晚期不可逆轉的生存受限疾病，以致無法參與作出關於自己的醫護及治療的決定，則本人對自己的醫護及治療的指示如下： | | |
| (註：填寫以下部分時請在適用的方格內加上剔號，在方格旁邊簡簽，並在任何不希望適用於自己的部分劃上橫線。) | | |
| <hr/> ¹ 表格由法律改革委員會(法改會)於 2006 年 8 月 16 日建議，根據食物及衛生局於 2009 年 12 月 23 日發表的諮詢文件更改，醫院管理局於 2010 年 5 月及 2014 年 6 月作出修訂及加上附註。 | | |

Rev: 10 June 2014

Page 1 of 4

預設醫療指示

HA 9611/MR

(A) 第 1 類情況——病情到了末期

(註：在此指示中——
“病情到了末期”指患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病，而且對針對病源的治療毫無反應，預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命；至於施行維持生命治療的作用，只在於延遲死亡一刻的來臨；及

“維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療 (例如化學治療或透析治療)、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。(人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。))

本人不接受以下維持生命治療：

心肺復甦法

其他：_____

除了基本護理和舒緩治療外，本人不接受任何維持生命治療²。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

但如臨床判斷認為有需要的話，我想繼續接受人工的營養及流體餵養，直至死亡臨近和不可避免為止。

(B) 第 2 類情況——持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況

(註：在此指示中——
“維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療 (例如化學治療或透析治療)、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養³。(人工營養及流體餵養指透過導管餵飼食物和水份。))

本人不接受以下維持生命治療：

心肺復甦法

其他：_____

除了基本護理和舒緩治療外，本人不接受任何維持生命治療⁴。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

但如臨床判斷認為有需要的話，我想繼續接受人工的營養及流體餵養，直至死亡臨近和不可避免為止。

²應小心確定病人是否真的決定拒絕“所有”維持生命治療。

³即使有預設醫療指示，從一個持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況的非末期病人身上移除人工的營養及流體餵養可以是具爭議的。有這項指示的病人當處於持續植物人狀況或不可逆轉的昏迷狀況，應請示醫院行政總監/聯網行政總監及醫院管理局總辦事處有否需要把個案呈上法庭處理。若病人希望在此部分作出指示移除人工的營養及流體餵養，或撤除所有維持生命的治療，應提醒他/她特別留意這點。

⁴應小心確定病人是否真的決定拒絕“所有”維持生命治療。

Rev: 10 June 2014

Page 2 of 4



(C) **第3類情況-其他晚期不可逆轉的生存受限疾病，即：**

(註：在此指示中 -

“其他晚期不可逆轉的生存受限疾病”指不劃入第1或第2類的嚴重、持續惡化及不可逆轉疾病，而病情已到了晚期，及生存受限，例子包括：

(1) 晚期腎衰竭病人、晚期運動神經元疾病或晚期慢性阻塞性肺病病人，因為他們可能用透析治療或輔助呼吸治療維持生命，而不劃入第1類；以及

(2) 不劃入第2類的不可逆轉主要腦功能喪失及機能狀況極差的病人。

“維持生命治療”指任何有可能延遲病人死亡的治療，例子包括使用心肺復甦法、人工輔助呼吸、血液製品、心臟起搏器及血管增壓素、為特定疾病而設的專門治療（例如化學治療或透析治療）、在感染可能致命的疾病時給予抗生素、以及人工營養及流體餵養。（人工營養及流體餵養指透過導管餵食食物和水份。）

本人不接受以下維持生命治療：

心肺復甦法

其他：_____

除了基本護理和舒緩治療外，本人不接受任何維持生命治療⁵。就本表格而言，非人工的營養及流體餵養屬基本護理的一部分。

但如臨床判斷認為有需要的話，我想繼續接受人工的營養及流體餵養，直至死亡臨近和不可避免為止。

5. 本人是在此預設醫療指示第III部所述的兩名見證人面前作此指示，而該兩名見證人並非根據下述文書享有權益的受益人：

- (i) 本人的遺囑；或
- (ii) 本人所持有的任何保險單；或
- (iii) 本人所訂立或代本人訂立的任何其他文書。

6. 本人明白可隨時撤銷此預設醫療指示⁶。

_____ 此預設醫療指示作出者的簽署

_____ 日期

第III部：見證人

見證人須知：

見證人不得為根據下述文書享有權益的受益人——

- (i) 此預設醫療指示作出者的遺囑；或
- (ii) 此預設醫療指示作出者所持有的任何保險單；或
- (iii) 此預設醫療指示作出者所訂立或代此人訂立的任何其他文書。

⁵ 應小心確定病人是否真的決定拒絕“所有”維持生命治療。

⁶ 如要撤銷指示，可直接在預設醫療指示表格上註明及簽署作實，或另紙書寫及簽署，並附連於預設醫療指示表格。

由見證人作出的陳述

首名見證人

(註：此見證人必須為註冊醫生，而此指示的作出者可選用一名不是其主診醫生或沒有診治過該作出者的醫生。)

- (1) 本人（請清楚填上姓名）以見證人身份在下面簽署。
 - (a) 就本人所知，此指示的作出者是自願作此指示；及
 - (b) 本人已向此指示的作出者解釋作此指示的性質和後果。
- (2) 本人聲明，此指示是在本人及下述第二名見證人的面前作出和簽署。

_____ (首名見證人簽署)

_____ (日期)

姓名：_____

身份證號碼/醫務委員會註冊號碼⁷：_____

辦事處地址：_____

辦事處電話號碼：_____

第二名見證人

(註：此見證人必須年滿18歲)

- (1) 本人_____（請清楚填上姓名）以見證人身份在下面簽署。
- (2) 本人聲明，此指示是在本人及上述首名見證人的面前作出和簽署；首名見證人已在本人面前向此指示的作出者解釋作此指示的性質和後果。

_____ (第二名見證人簽署)

_____ (日期)

姓名：_____

身份證號碼⁸：_____

住址/聯絡地址：_____


住宅電話號碼/聯絡電話號碼：_____

⁷ 醫管局員工不需要提供身份證明文件號碼/醫務委員會註冊號碼，因員工編號或醫院病房/科組的地址已足夠證明第一見證人的身份。
⁸ 醫管局員工不需要提供身份證明文件號碼，因員工編號或醫院病房/科組的地址已足夠證明第二見證人的身份。




住院病人「不作心肺復甦術」表格樣本 (只備英文版)

Appendix 2

|  醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY | Hospital Authority Do Not Attempt CPR (DNACPR) For Hospitalized Patients 住院病人「不作心肺復甦術」文件 | Patient's Gum Label (Patient's Gum Label should contain the patient's name, sex, date of birth, and HKID) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------|--------------------------------|------------|---|--|---|------|-----------|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | I. Diagnosis: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. Current Condition: <input type="checkbox"/> Terminal illness <input type="checkbox"/> Poor response to optimal therapy <input type="checkbox"/> Profound neurological damage <input type="checkbox"/> Others : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III. Communication on DNACPR, or previous decision on DNACPR: <input type="checkbox"/> Explanation on DNACPR provided to patient/relatives, For mentally competent patient: <input type="checkbox"/> DNACPR accepted by patient For minor or mentally incompetent adult : <input type="checkbox"/> DNACPR accepted by relative(s) Relatives (names & relationship to patient): _____ <input type="checkbox"/> The patient is mentally incompetent and has no family members <input type="checkbox"/> The patient has a valid DNACPR form for non-hospitalized patients (copy of the form attached) <input type="checkbox"/> The patient is transferred from another hospital for continuation of in-patient stay and has a valid DNACPR form for hospitalized patients (copy of the form attached) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Other remarks: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV. Decision on DNACPR: When the named patient develops cardiopulmonary arrest, NO CPR (neither artificial ventilation, external cardiac compression, nor defibrillation) should be given for the following reason(s): <input type="checkbox"/> he/she is unlikely to benefit from CPR <input type="checkbox"/> CPR is against his/her wish However, all other appropriate treatment will be provided. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V. Signatures of healthcare team doctors (please see notes at the back of the form): Doctor: _____ Specialist doctor: _____ Name: _____ Name: _____ Department: _____ Signature: _____ Signature: _____ Hospital: _____ Date: _____ Date: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI. Review (please see notes at the back of the form): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Date</th> <th colspan="2">Doctor</th> <th rowspan="2">Department</th> <th colspan="2">Continue DNACPR? (please tick)</th> <th rowspan="2">Please cross out this form if DNACPR is revoked</th> </tr> <tr> <th>Name</th> <th>Signature</th> <th>Yes</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | | Date | Doctor | | Department | Continue DNACPR? (please tick) | | Please cross out this form if DNACPR is revoked | Name | Signature | Yes | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date | Doctor | | Department | Continue DNACPR? (please tick) | | Please cross out this form if DNACPR is revoked | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Name | Signature | | Yes | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DNACPR FORM FOR HOSPITALIZED PATIENTS HA9615/MR

| | | |
|--|---|--|
|  醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY | Hospital Authority Do Not Attempt CPR (DNACPR) For Hospitalized Patients 住院病人「不作心肺復甦術」文件 | Patient's Gum Label (Patient's Gum Label should contain the patient's name, sex, date of birth, and HKID) |
| | Notes about signature of doctors: <ul style="list-style-type: none"> Normally, if the 1st doctor is not a specialist, endorsement by a specialist is required. If the endorsement is by phone, this should be noted on the form, and the specialist should sign at a convenient time afterwards as soon as possible. For exceptional urgent situations, please complete section VII below, if appropriate, in addition to signing section V. If the patient is incompetent and has no family members, the decision has to be made by 2 doctors, one being a specialist. If the patient has a valid "DNACPR form for non-hospitalized patients", the decision may be made by one non-specialist doctor, as long as the patient and/or the family have not changed their mind, and the clinical condition falls within the circumstances under the AD or ACP. If the patient is transferred from another hospital for continuation of in-patient stay and has a valid DNACPR form for hospitalized patients, the decision may be made by one non-specialist doctor in the receiving hospital. | |
| Notes about review and effective period: <ul style="list-style-type: none"> The DNACPR order should be reviewed at regular intervals appropriate to the care, and when there is change in clinical condition or circumstances. The DNACPR order will be automatically invalidated on discharge of the patient from the hospital. The DNACPR order will be temporarily suspended on home leave or during transportation from one hospital to another. When the patient with a DNACPR order is transferred from another hospital, the order must be reviewed by the receiving team. The receiving doctor should sign a new DNACPR form if the order is to be continued. | | |
| VII. In-patient DNACPR order in exceptional urgent situations This is an emergency situation, and cardiac arrest is likely to occur within a short period in the absence of a specialist on-site. <input type="checkbox"/> The patient has a terminal illness previously known to HA. Based on the patient's medical record, the terminal illness is _____; or <input type="checkbox"/> The patient has other end-stage illness with documented preference of the patient (if competent) and the family against CPR, previously known to HA. Based on the patient's medical record, the end-stage illness is _____. I have discussed with the patient (if competent) and the family on the DNACPR decision, and there is consensus on the decision. Signature of approved higher specialist trainee: _____ Signature Name Date | | |

DNACPR FORM FOR HOSPITALIZED PATIENTS HA9615/MR






非住院病人「不作心肺復甦術」表格樣本

致：急症室醫護人員

請填寫英文部份或中文部份

| | | |
|---|---|--|
|  醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY | 非住院病人 「不作心肺復甦術」文件 | 請以正楷書寫或貼上病人標籤 入院/門診號碼：..... 姓名(英文)：..... (中文)..... 身份證號碼：.....性別：.....年齡：..... 部門：.....組別：.....病房/床號：...../..... |
|---|---|--|

I. 診斷：

II. 吾等是核證醫療團隊的醫生，在簽署本文件第 IV 部分之日，我們 (請選擇填寫下文(A)或(B)段)：


(A) 有預設醫療指示的成年人：
 確認病人於.....(日期)簽署的預設醫療指示為有效，病人拒絕接受心肺復甦術；及
 證明病人的臨床情況符合預設醫療指示所述(請加✓號)，即：
 病情到了末期；
 處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況；
 有其他晚期不可逆轉的生存受限疾病：.....；及
 根據該預設醫療指示，若病人處於預設醫療指示所述的情況，並出現心肺停頓，便不要為病人施行人工輔助呼吸、心外壓程序或心臟除顫。

(B) 沒有有效預設醫療指示的精神上無行為能力成年人或未成年人士：
 證明病人(請加✓號)
 病情到了末期；
 處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀況；
 有不可逆轉的主要腦功能喪失及機能狀況極差；
 若為未成年人士，有其他晚期不可逆轉的生存受限疾病；

以及
 病人的現今臨床狀況及預設臨終照顧計劃已為有關人士討論：
 (請加✓號)
 照料病人(屬精神上無行為能力的成年人)的醫療團隊與病人家屬曾作討論
 照料病人(屬未成年人士)的醫療團隊與病人父母曾作討論

並且
 已達成共識，若病人出現心肺停頓，最符合病人利益的做法，是不要為病人施行人工輔助呼吸、心外壓程序或心臟除顫。
 病人家屬(或父母)確認同意病人「不作心肺復甦術」的決定(只適用於(B)段)。
 簽署：..... 日期：.....
 姓名：..... 與病人關係：.....

非住院病人「不作心肺復甦術」文件 HA9614/MR

| | | |
|---|---|--|
|  醫院管理局 HOSPITAL AUTHORITY | 非住院病人 「不作心肺復甦術」文件 | 請以正楷書寫或貼上病人標籤 入院/門診號碼：..... 姓名(英文)：..... (中文)..... 身份證號碼：.....性別：.....年齡：..... 部門：.....組別：.....病房/床號：...../..... |
|---|---|--|

III. 注意事項：

- 照料病人的急症室醫護人員，在不向病人施行心肺復甦術前，應要確定不作心肺復甦術的決定仍為有效及並無更改，並且在接收病人時，病人是處於本文件所述的狀況。一旦有疑問(例如心肺復甦術是否仍符合病人的最佳利益)，或懷疑有不法行為、意外或重大風險事件，便應為病人進行心肺復甦術。
- 本文件的正本應存放於病人處，在需要時交予急症室醫護人員。

IV. 核證醫療團隊的醫生簽署 (須有兩名醫生簽署)：

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| 醫生： _____ (醫生姓名) _____ (簽署) 日期：_____ | 專科醫生： _____ (醫生姓名) _____ (簽署) 日期：_____ | 部門：_____ 醫院：_____ 醫院/部門印鑑：_____ |
|---|---|---------------------------------------|

V. 覆核及批簽 (如超過覆核期而沒有批簽，本文件將會無效)：

| | 覆核日期 | 醫生姓名 | 簽署 | 部門/醫院 |
|-----------------------------|------|------|----|-------|
| 覆核期* 6 個月， 或較短期間：__個月 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* 視乎需要若覆核期少於 6 個月，請劃去「6 個月」，並填上適當的期間。

非住院病人「不作心肺復甦術」文件 HA9614/MR

晚晴照顧手冊

香港中文大學賽馬會老年學研究所出版了一本「晚晴照顧手冊」，希望藉此加深公眾對安寧照顧的認識。該手冊提供了一些關於預設照顧計劃的思考問題，例如希望接受安寧照顧的地方、願意接受的維生治療等等，讓公眾思考一下當日後失去自主能力時，自己對於醫療和個人照顧的意向、價值觀和信念等。醫護人員可考慮使用該手冊，更有效地與病人及其家人展開預設照顧計劃的對話。



下載「晚晴照顧手冊」

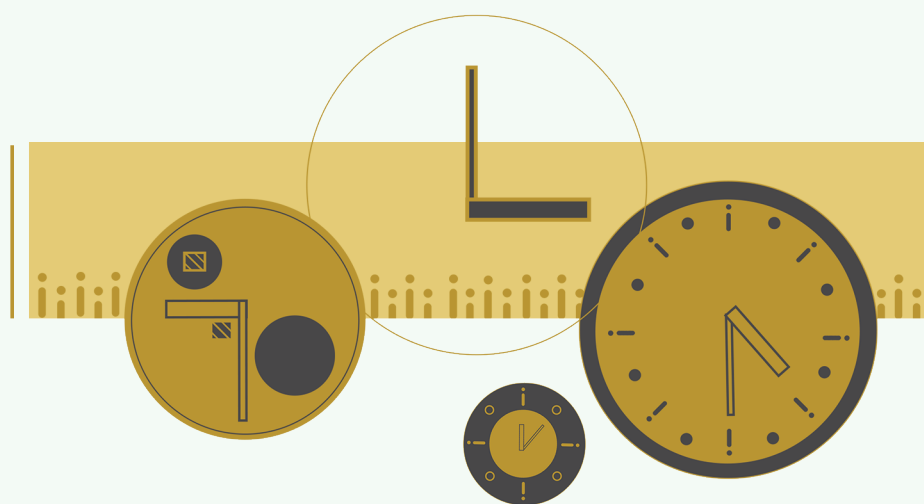
網址

<https://www.ioa.cuhk.edu.hk/images/content/training/EOL/resource/ACP-handbook.pdf>

二維碼



第三章



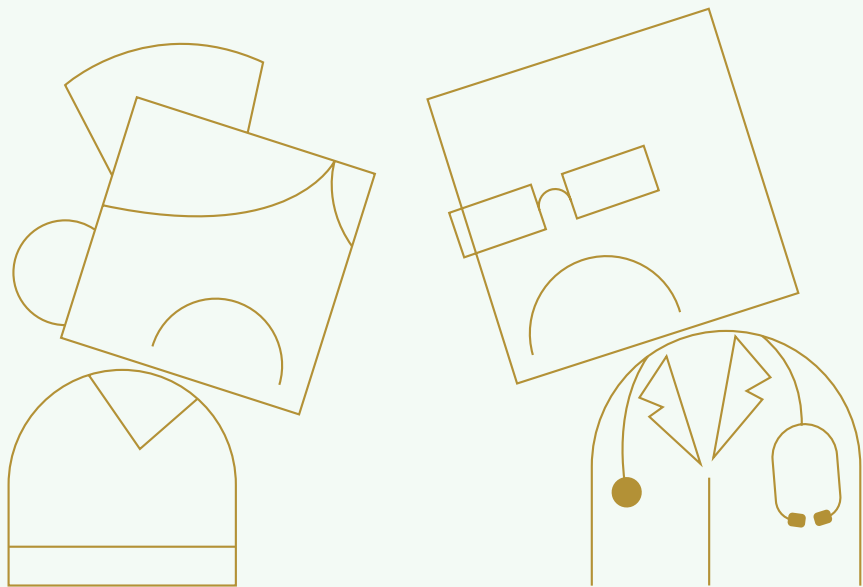
安寧照顧之生命倫理學



3.1 醫護人員面對的道德困擾

道德困擾

道德困擾指的是當醫護人員知道正確的做法，但卻因為制度上的約束而難以採取正確行動時，所面對的負面狀況⁴³。雖然道德困擾可能與慈悲倦怠 (compassion fatigue) 和工作壓力同時出現，但它們並非完全相同⁴⁴。反覆出現且未獲解決的道德困擾可能逐漸醞釀成為一個「後遺症」，即使問題的根源不復存在，其所造成的困擾仍然會揮之不去，甚至可能持續數月至數年⁴⁵。這些反覆積累的道德困擾及其遺留的影響，都有可能削弱醫護人員在專業上的投入程度和操守⁴⁶。



道德困擾的普遍性

道德困擾是一種影響許多醫護人員的現象。先前的研究顯示，多個專業範疇的醫護人員均受到道德困擾所影響，當中包括醫生、護士、社工、藥劑師和其他專職醫護人員⁴⁷。此外，道德困擾亦常見於醫科生和資歷較淺的醫護人員身上⁴⁸。

香港中文大學那打素護理學院在 2016 年亦進行了一項研究，調查護士在急症醫院的環境中所面對的道德困擾程度⁴⁹。該項研究採用了經修訂的《道德困擾量表》來評估道德困擾程度。《道德困擾量表》是一份包含 21 個項目的量表，每個項目均描述了一些在倫理上較為棘手的情況，而量表的總分範圍為 0 至 336 分⁴⁵。如圖 10 所示，從事不同專業範疇的護士均面對不同程度的道德困擾，當中包括腫瘤科、外科、深切治療部和急症室等。

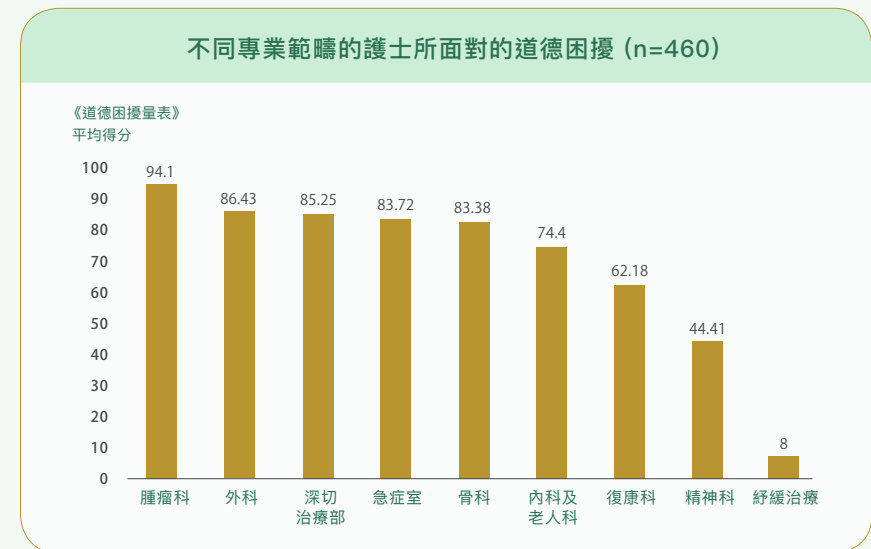
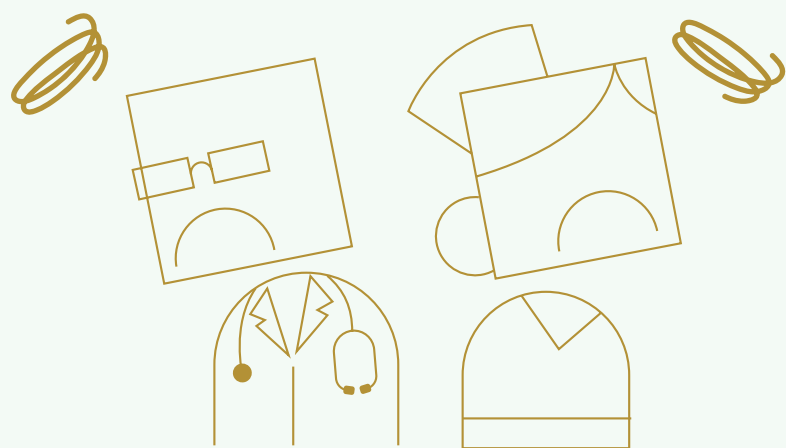


圖 10 不同專業範疇的護士所面對的道德困擾



道德困擾的常見成因^{50,51}

- 即使做法並不符合病人的最佳利益，仍然繼續提供維生治療
- 醫護人員、病人和家屬之間在安寧照顧的事宜上溝通不足：
 - » 治療目標不明確
 - » 忽略病人對於安寧照顧的意願
 - » 資料披露不完整 / 不準確
 - » 缺乏病人的知情同意
- 將病人物化
- 專業範疇上的衝突
- 缺乏人手或醫護人員所接受的培訓不足以提供所需護理
- 沒有為病人提供足夠的止痛措施
- 給予病人和家屬虛假的希望



香港中文大學那打素護理學院在 2016 年進行的研究亦分析了對在香港急症醫院工作的護士造成道德困擾的常見原因⁴⁹。大部分得分最高的《道德困擾量表》項目均與安寧照顧有關（圖 11）^{49,52}。當護士意識到其理想中的安寧照顧服務質量與現實情況相差甚遠時，就可能產生道德困擾⁵²。

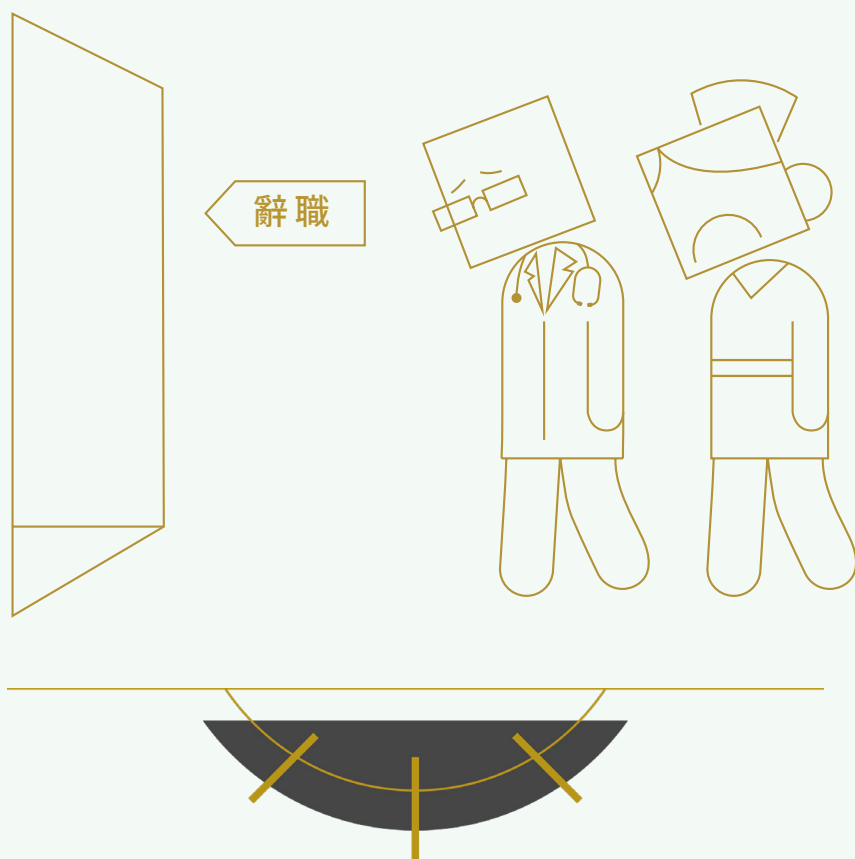
| 首五個得分最高的《道德困擾量表》項目 | |
|--------------------|--|
| 1 | 即使我認為維生治療並不符合病人的最佳利益，我仍遵照家屬的意願為病人提供治療。 |
| 2 | 按照醫囑執行我視為非必要的測試和治療。 |
| 3 | 即使我認為只會延長病人的死亡過程，我仍採取各種能維持生命的措施。 |
| 4 | 在沒有人能作出撤銷維生治療決定的情況下，繼續向靠呼吸機維生的晚期病人提供護理 |
| 5 | 與未能勝任護理要求的護士或其他醫護人員共事。 |

圖 11 首五個得分最高的《道德困擾量表》項目 (n=460)



道德困擾的影響^{47,53}

- 對病人和同事出現情感退縮
- 出現痛苦的感覺（例如憤怒、內疚、抑鬱），甚至是身體上的不適症狀
- 導致工作的滿足感降低、缺勤和工作士氣低落
- 可能導致員工流失，因為醫護人員一般將自己視為道德的實踐者，當未能履行道德義務時，便會自覺違背了職業操守



解決道德困擾：發展倫理能力

- 使用 4A 原則（圖 12）來處理和減少道德困擾^{51,54,55}

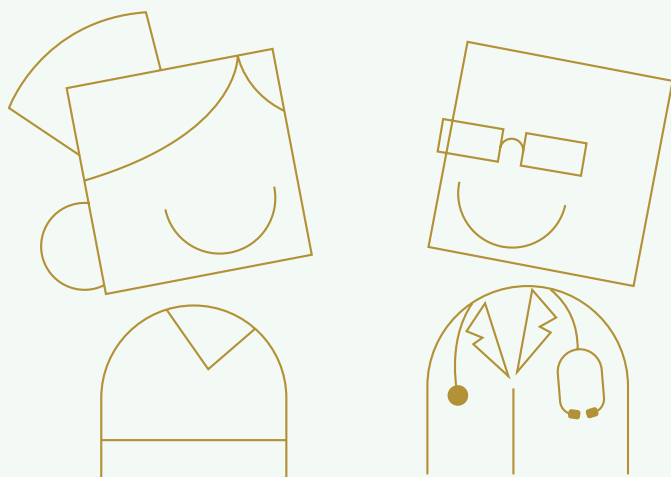


圖 12 解決道德困擾的 4A 原則



解決道德困擾的可行方法⁵¹

| 策略 | 實行方法 |
|---------------|---|
| 發聲 | 找出問題，搜集事實資料，並積極地表達你對倫理的想法 |
| 慎重考慮 | 了解你需要與誰談論，並知道你需要談論的內容 |
| 負責任 | 有時我們的行為並不完全正確，因此需要準備接受其帶來的後果 |
| 建立支援網絡 | 尋找那些支持你或以實際行動解決道德困擾的同事，並齊心地以具權威性的方式表達意見 |
| 參加有關道德困擾的教育活動 | 出席有關道德困擾的論壇和討論活動，並了解有關這方面的所有知識 |



- 理解和運用以下的道德原則，為決策或行動作出合理的分析並提供理據⁵⁶

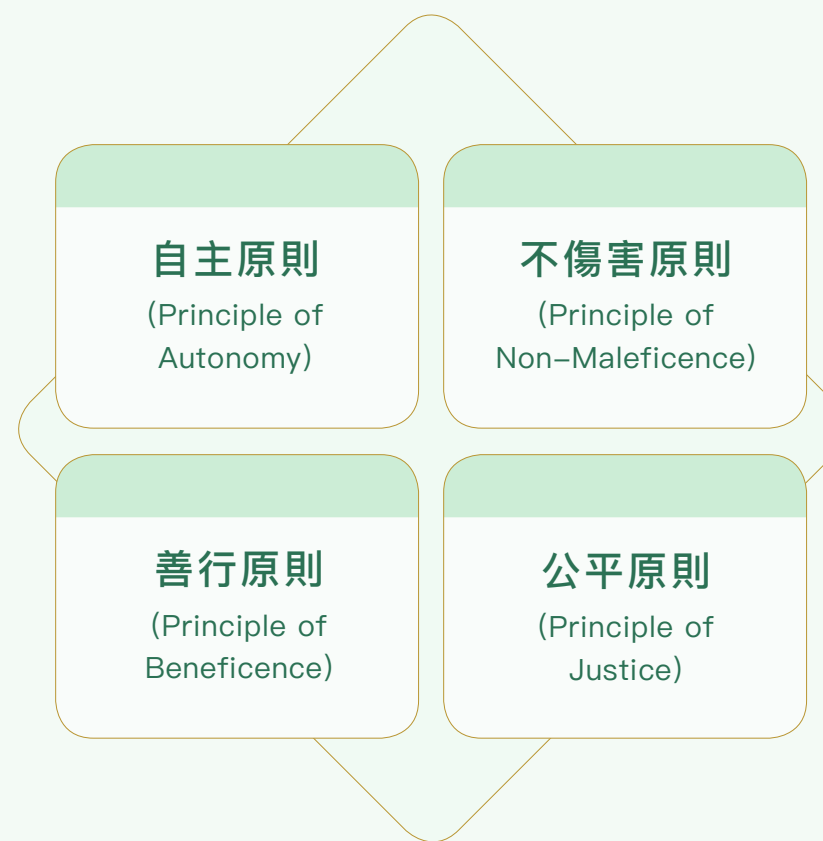
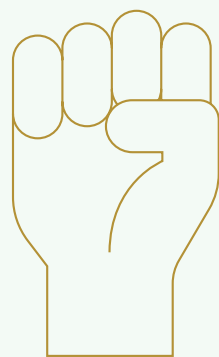


圖 13 四項道德原則



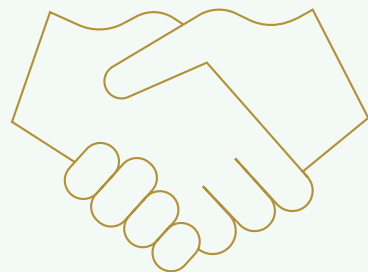
自主原則 Principle of Autonomy

自主原則指的是需要病人成為決策者。換句話說，病人有自決權。這假定了病人是具有所需資料、能力以及適當環境作出合理決定的決策者。因此，醫護人員需要以易於理解的用語向病人提供充分的資料。此外，對自決的尊重也是建基於知情同意，保密原則，以及如實告知病情發展、治療選擇和副作用等做法和概念。即使病人的決定可能並不符合自身的最佳利益，它仍須獲得所有人的尊重。



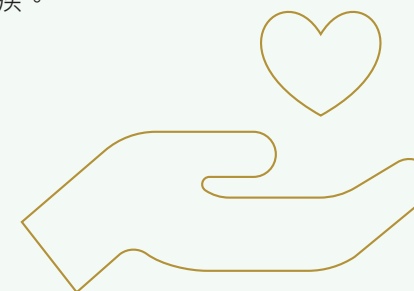
不傷害原則 Principle of Non-Maleficence

不傷害原則指的是醫護人員不應故意對病人造成傷害。醫護人員應避免讓病人因接受無效的治療而繼續受痛苦折磨，亦應充分考慮治療的風險和危害。例如，若果治療會令病人永久性失去意識，則不應為病人提供這種無效且無益的治療方法。



善行原則 Principle of Beneficence

善行原則指的是醫護人員應擁護病人的福祉和利益，例如是維持生命、減輕痛苦和避免導致殘疾。



公平原則 Principle of Justice

公平原則要求醫護人員在提供服務時要維持公平。此一原則可應用於社會層面上，以確保醫療資源的合理分配；亦可應用於個別病人身上，以確保病人不會因殘疾、年齡和社會地位等因素而受到不公平對待（歧視）。同時，病人亦不能為了得到不受限制的權益（例如不惜一切代價接受治療），而無視對他人的影響或資源短缺的問題。

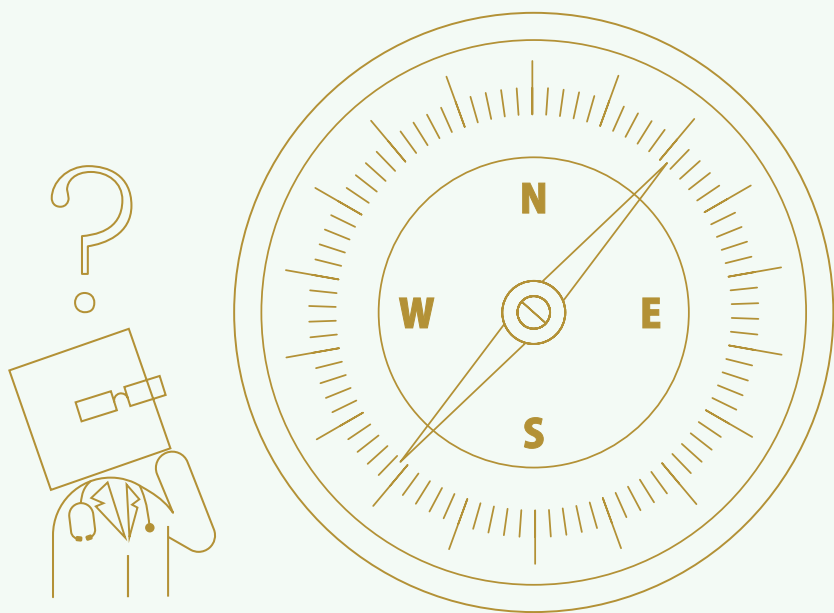




要善用這四項原則，有時並不容易⁵⁷。這些原則並非具有絕對的約束力。當出現互相抵觸的情況時，必須權衡和兼顧有關的原則。當中的考慮因素與當地的法律和文化因素有關，並須按實際情況而定⁵⁷。

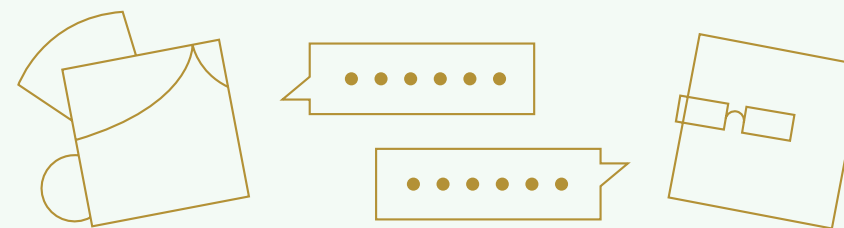
運用四項道德原則的例子⁵⁷

- 例 1：病人要求接受治療。如果治療能夠帶來的好處不多，但卻肯定會造成很大傷害，那麼不傷害原則可能會凌駕自主原則。
- 例 2：精神有行為能力的病人拒絕接受治療，應以尊重自主原則為依歸。
- 例 3：治療的預期效益微乎其微，但卻需要非常高的成本，醫護人員須在公共系統的層面上考慮公平原則。



解決道德困擾：與同事討論並建立共識

- 由於通常會涉及價值觀的判斷，醫護人員應：
 - » 持開放態度
 - » 建立共識
- 了解要實現的目標：
 - » 病人的最大利益是甚麼
- 當各方之間出現分歧時：
 - » 尊重其他醫護人員的價值觀、意見和職責
 - » 澄清錯誤訊息，並調整不切實際的期望
 - » 接納病人的價值觀
 - » 逐步解決相關問題



解決道德困擾：就困難個案尋求組織支援

- 面對最終決策所帶來的挑戰時，醫護人員可參考機構的指引，以此作為後盾
- 諮詢臨床倫理委員會，以釐清倫理問題和道德義務



3.2 安寧照顧的醫學倫理個案

香港中文大學賽馬會老年學研究所聯同香港中文大學生命倫理學中心根據真實內容改編了以下個案，包括「家人要求向病人隱瞞病情」、「對應何時展開預設照顧計劃的分歧」和「人手小心餵食的難題」。這些個案是經由在醫院、診所和社區照顧年長病人的醫療和社會護理專業人員磋商而定，其目的是反映出在香港常見但難以處理的倫理問題。每宗個案均有專家評論，分析箇中的倫理難題，並提出實用的臨床處理方法。除了上述個案外，醫護人員仍可瀏覽以下網址或掃描二維碼，閱讀更多有關照顧年長晚期病人遇到的醫學倫理個案作參考。

網址

<http://www.ioa.cuhk.edu.hk/zh-tw/casebook/cases>

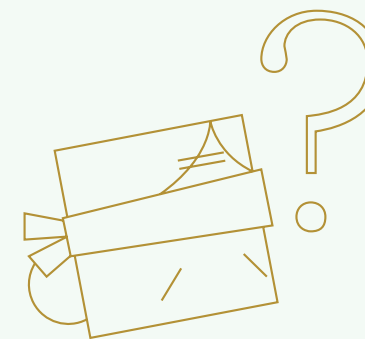
二維碼



3.2.1 家人要求向病人隱瞞病情

個案情況

郭女士 88 歲，身體一直非常健康，恆常於住所附近散步，又在家中做菜及進行簡單的家務。郭女士與丈夫和長子一家同住。她還有一個幼子和一個女兒，也喜歡一群孫兒到訪。約一個星期前，郭女士的腹部疼痛，感到噁心並嘔吐數次。於是長子忠文帶郭女士到醫院，其後她被送入病房。



電腦斷層掃描顯示郭女士的結腸有腫瘤阻塞腸道，醫護團隊用鼻胃管減壓，喉管即時抽出深綠色的膽汁至收集容器。團隊再用結腸鏡進行切片，確認郭女士患上結腸癌。主診的梁醫生閱畢切片報告，打算通知病人。這時郭女士正於病床睡覺，忠文在一旁坐下。

醫生告訴忠文診斷結果。忠文看起來憂心忡忡，問：「醫生，有甚麼可以做？我們怎樣幫助她進食？她現在一吃東西就吐出來。」梁醫生回答：「我們要先請外科顧問醫生觀察你母親的病情，才知道甚麼治療方法對她最合適。」

忠文回答：「好的。醫生，請不要告訴我母親診斷結果。我不希望她不開心或過分擔心。」

梁醫生點頭。他早前發現郭女士好像有記憶力問題，已經懷疑她是否有認知障礙，不肯定郭女士有否能力作決定。梁醫生請老人科醫生評估郭女士的認知狀況。



老人科醫生仔細評估郭女士的情況，認為她患有輕度認知障礙，但仍有能力為不同的癌症治療方法作醫療決定。老人科醫生於是詢問郭女士是否希望醫生告訴她的病情。郭女士搖頭說：「不用，我不需要知道。一切事情告訴我兒子就可以了。」

老人科醫生追問：「你如果不了解自己的情況，就無法好好決定自己的療程。」郭女士回答：「我希望忠文為我決定一切。我太老了。我懂的事不多，醫療的事太複雜了。我相信兒子知道應該怎樣做。」

外科醫生隔天與郭女士見面，向醫療團隊建議用手術切除腫瘤。梁醫生告訴外科醫生，病人不清楚自己狀況，也不願意了解，一切都交由兒子決定。外科醫生聽後反對這個做法，說：「郭女士有能力做決定，我們還要為她做手術，怎可能不告訴她真相？如果病人未同意，我就要進行手術，這我不能接受。病人醒來的時候發現自己肚子有個大切口，會發生甚麼事？我們不能向她說謊！」

梁醫生不知道應否告訴病人真相。



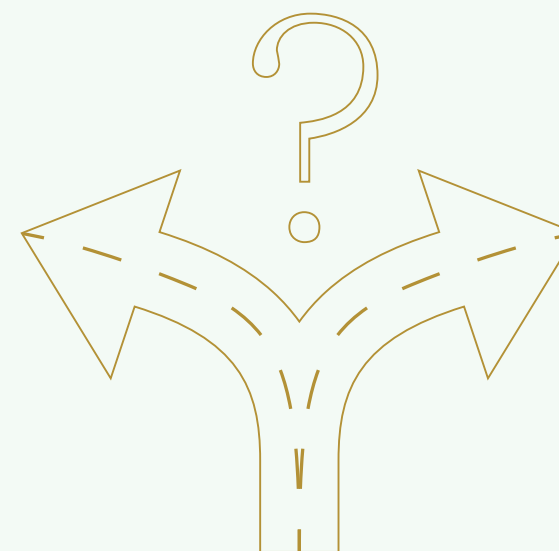
個案評論

醫院管理局臨床倫理委員會主席 (2005 至 2017 年) 謝俊仁醫生撰寫

家庭在中國社會決策過程的角色

有關告訴壞消息的倫理爭議，這個案顯現了文化因素的重要性。個案中病人兒子與外科醫生意見不合。郭女士的兒子希望母親免受精神上的傷害，不願讓她知道實情。這種態度在中國傳統家庭很普遍，而倫理學家亦曾提出保護式誠實與家庭決定概念作為隱瞞希望知道真相的病人的理據。

在傳統中國社會，的確通常是一家人一起作重大決定。然而，病人未必不能參與決定過程。在這種情況，亦有人質疑保護原則應否蓋過自主原則。不過，個案的郭女士同意兒子的意見，交由兒子代自己做治療決定，不希望了解情況。我們可否跟隨病人和病人兒子的意願呢？





病人的心理傷害

首先，我們看看透露實情一般會帶來的心理傷害。在平衡保護原則與自主原則方面，我們需要回答兩條問題：

1. 隱瞞病人真的能夠避免心理傷害？

沒有甚麼證據顯示，如果對末期病人隱瞞病情，病人真的會在不了解真相下安然逝世。病人如果自己猜到診斷結果和康復機率，依然會受到心理傷害，並且可能損害更大。當身邊的人一同保持沉默，病人一般會倍感恐懼、緊張、迷茫，不信任醫療團隊，亦無法與家人正常溝通。這時病人無法獲取希望知道的資料，未能釋放猜到診斷結果後的情緒，亦無法獲得適當的心理與靈性支援，更未能善用有限時間，與家人制訂未來計劃。更壞的情況，是病人可能為討好家人而假裝不知實情。

2. 有方法減輕告訴實情的傷害嗎？

根據紓緩照顧的經驗顯示，小心運用溝通技巧，配合良好的心理、社交與靈性支援，可以減輕告訴壞消息的傷害。

正因如此，如果病人希望知道實情，醫生應該參考以上方法，如實告訴病人，而非瞞騙病人，任由病人自己猜測診斷結果。

不過，我們仍要處理文化問題。如果病人家屬希望參與溝通與決策過程，我們應該尊重。處理手法亦必須因人而異。雖然近期研究顯示大部分中國籍病人都希望了解診斷結果，但仍有小部分病人可能不欲知道。我們必須小心了解病人已知多少和希望知道多少。病人如果不希望了解實情，可能會作出不接受或逃避現實的防禦機制。如果沒有適當的支援，我們不應打破病人的防禦機制。我們可以尊重病人而不告知實情，但我們不應該說謊。我們亦應根據病情變化，重新評估情況。

告訴實情的法律理據

其次，我們需要了解有否法律原因而需要告訴實情。如果病人精神上有能力作出決定，法律要求醫生必須先取得病人同意，方可進行治療。根據《香港醫務委員會香港註冊醫生專業守則》，只有在下列情況，同意才屬有效：甲) 同意是自願的；乙) 醫生已提供恰當的解釋；以及丙) 病人清楚明白。換而言之，病人必須獲恰當告知實情，並由病人本人同意接受治療，方可進行手術。病人不得委託家人作決定。這是否表示，我們可以不理會郭女士和忠文的觀點，而告訴實情？





務實處理手法

我們可以採用逐步的務實處理手法，來解決個案的兩難。

第一步：

首先與病人兒子討論，郭女士應否進行手術。由於這是清醒病人的要求，所以討論不會構成保密問題。如果兒子同意進行手術，就可以進入第二步。

第二步：

接着小心告訴忠文，法律要求病人必須了解情況，並同意接受手術，方可進行手術。我們亦需要解釋，告訴病人診斷結果及小心解釋手術過程，勝過病人自行找出病情和事後才知道醫生做了什麼手術。如果忠文同意，就可以進入第三步。

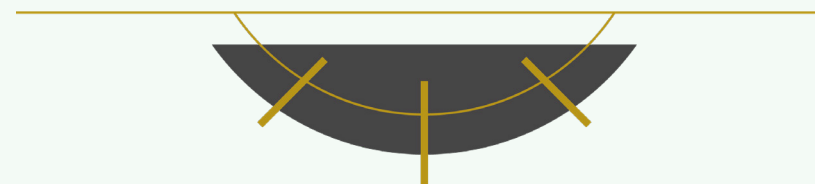
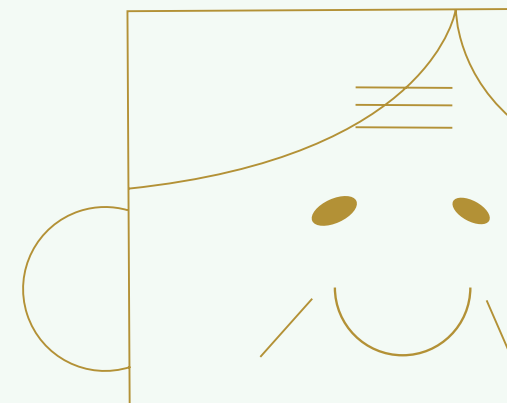
第三步：

小心告訴病人，醫生已經遵照指示與兒子討論，兒子亦已決定應該進行手術。不過，郭女士必須本人同意接受手術，所以醫生仍需要直接與她溝通。如果病人同意，就可以進入第四步。

第四步：

小心把壞消息告訴病人，並討論治療計劃，取得病人同意。討論時，應該適切為病人提供心理支援。

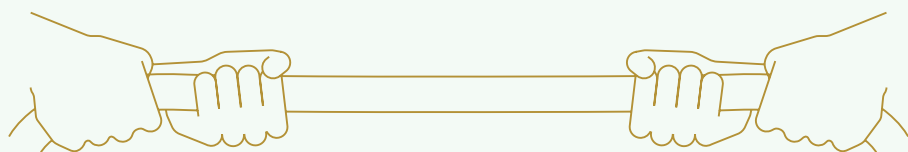
只要按照以上步驟，並取得忠文與郭女士同意，就不會違反任何倫理原則。如果忠文不同意，或病人依然拒絕討論病情，應該交由資深醫生繼續討論，而資深醫生需要具備告訴壞消息的良好知識及技巧。我們應嘗試了解忠文和郭女士關注的問題，了解有否錯誤觀念、焦慮和逃避，再加以解釋及提供支援。最終，應能取得成功。





3.2.2 對應何時展開預設照顧計劃的分歧

個案情況



周先生 75 歲，跟妻子和兒子一家同住。他曾有吸煙習慣並患有慢性阻塞性肺病多年。過去一年，他即使只做一些在家中走動、穿衣服、洗澡等日常活動，也很容易會氣促。由於病情漸趨惡化，周先生需要多次住院。他在過去六個月內已經三度入院，而每次情況好轉前都有數天需要接駁雙正壓呼吸機。

上星期，周先生再次因慢性阻塞性肺病惡化入院。他在胸肺內科病房接受了一星期的治療後，終於能脫下雙正壓呼吸機的面罩。但是，當食物送到周先生跟前時，他一手推開了。病房的註冊護士梁姑娘看見此事，並因周先生過往曾入院數次而認出他，於是向周先生了解他為何不要食物。

周先生回答：「吃東西還有甚麼意義呢？只是為了像這樣不停回來，然後戴上那面罩嗎？根本生不如死！」

梁姑娘聽罷顯得憂心，於是問周先生：「是否有甚麼不對勁？我以為你會因今天不需要戴面罩而開心。」

周先生說：「唉，這開心只是短暫的。我知道自己的肺有多糟糕，一切只是時間的問題。我只是不想重複這種折磨，不停進出醫院。然後有一天，生命就這樣完了。既然我都要死了，我真的不想到最後一刻仍被那面罩束縛着！」

你知道戴着那面罩有多難受嗎？你不能吃東西，也不能說話。那面罩只會把氣吹到你臉上！」

梁姑娘說：「聽起來你真的很擔心要再次戴上那面罩。」

「對啊，我再也不想戴上那面罩了！放過我吧！不要再讓我忍受這一切了！我受夠了！」

梁姑娘問：「你有告訴家人你的想法嗎？」

「我試過了，但我的妻子和兒子……他們不會聽的。他們不想我說得這麼消極。他們說我應該聽醫生的話。但醫生根本沒有時間和我談呀！」

梁姑娘認同周先生覺得自己已經進入晚期肺病的想法，而周先生希望舒服一點也很合理，所以梁姑娘決定跟主診醫生甘醫生討論周先生的憂慮。她建議甘醫生可以舉行一次家庭會議，跟周先生的妻子和兒子解釋周先生病情轉壞的情況，並為周先生簽署預設醫療指示。

可是，甘醫生不同意。「現在簽署任何預設醫療指示或是討論安寧照顧的議題，都為時過早。目前的治療仍可紓緩周先生的症狀，況且他很快就可以出院了！」

梁姑娘聽了感到無能為力，不知道自己可以怎樣幫助周先生。





個案評論

香港中文大學生命倫理學中心總監區結成醫生撰寫

我們可以把這個案視為道德困擾的情況來討論。在此情況中，主診醫生對梁姑娘認為是正確的事有截然相反的看法，令她無法對病人進行她認為是正確的事，因而感到無能為力。

梁姑娘建議舉行一次家庭會議，跟病人家屬解釋他病情轉壞的情況，並為病人簽署預設醫療指示。

在考慮她的道德困擾前，我們可以退一步提出以下幾條問題：

梁姑娘怎麼知道她的建議對病人是最適切的？

有一點是對梁姑娘有利的——周先生曾嘗試跟他的家人討論這問題，但並不成功。我們因此肯定他希望有一個對話。請注意，在決定何時展開預設照顧計劃時，病人有沒有心理準備是一個要考慮的重點。

主診醫生甘醫生是否錯了？

甘醫生似乎將「討論安寧照顧的議題」和「簽署預設醫療指示」綑綁在一起。在討論安寧照顧的議題及讓病人表達自己的意願時，預設照顧計劃的過程到最後不一定導致簽署預設醫療指示。在忙碌的醫院，由入院到出院的時間通常很短，勉強在這段時間內簽署預設

醫療指示並不合適，但卻有足夠時間跟病人和其家人展開對話。毋須勉強在一次對話內即時決定是否接受如雙正壓呼吸機的維持生命治療，而是藉這些機會鼓勵家人多聆聽病人的意向。

請注意，在這個案中，梁姑娘明顯也墮入了相同的陷阱，以為展開安寧照顧計劃等同要馬上決定簽署預設醫療指示。如果她當日建議展開對話，而非立即舉行家庭會議去簽署預設醫療指示，她的建議可能較有機會得到甘醫生的支持。

這是否只是關乎雙正壓呼吸機面罩的問題？

周先生特別強調雙正壓呼吸機造成的負累，但他也質疑進食有甚麼意義，並表達他不想一次又一次地受折磨，以及不想不停進出醫院。進一步探討周先生對醫療護理的看法會更有幫助。臨床醫療團隊不應只集中考慮周先生對雙正壓呼吸機的厭惡，亦可以了解哪些醫護程序令他覺得難以接受，哪些他覺得更合適的護理，以制訂符合他意願的醫療計劃。

此外，醫療團隊亦可以考慮對他的情緒進行評估。晚期器官衰竭的病人患上抑鬱並不罕見，情況嚴重者可能會干擾病人的判斷能力和對護理計劃的看法。在沒有充足的背景調查和評估下，就直接透過家庭會議制訂預設醫療指示，似乎並不恰當。

關於道德困擾

如陳裕麗教授所言，詹姆頓（1984）首次定義「道德困擾」為「當





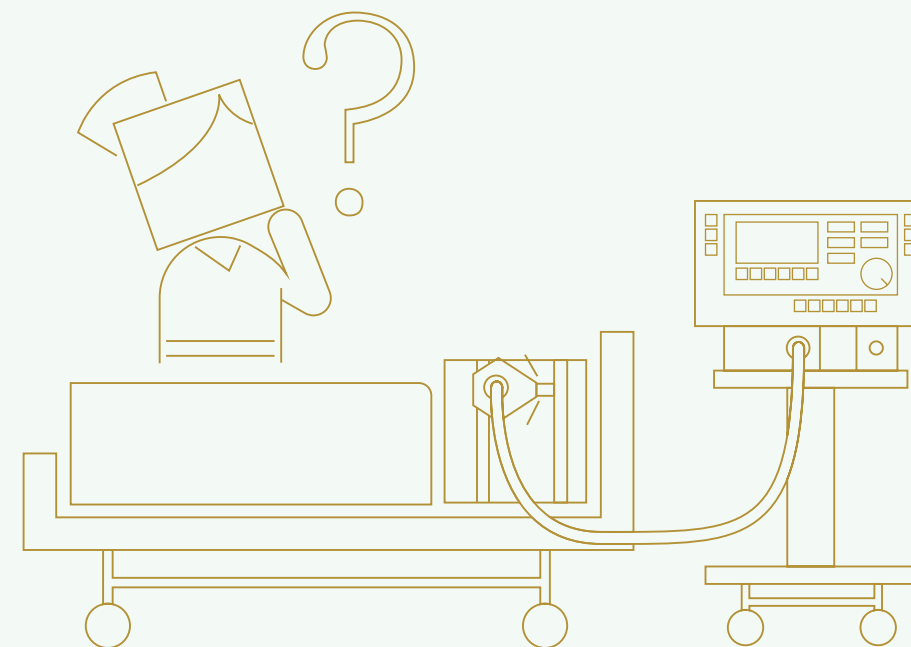
醫護人員知道甚麼是正確的做法，卻因機構上的限制而無法採取行動」。大部分關於這個主題的文獻都着重討論護士所受到的道德困擾。詹姆頓對道德困擾的定義或具爭議性。醫護人員受到道德困擾並不表示他的想法一定是對的。擁有道德直覺（「知道甚麼是正確的做法」）的同時，亦應進行道德反思，並對倫理思辨持開放態度。「機構限制」是事實嗎？還是只是主觀的看法？如果護士感到無能為力，是因為醫生主導的文化（護士應遵從醫生的命令），還是因為個別護士沒有自信能如實闡述其個案？儘管如此，一些醫療機構中討論倫理議題的環境確實不利於「發聲」的文化，對受到道德困擾的員工亦缺乏支援。

個案中的護士可以怎麼辦？

如果梁姑娘可以進一步了解病人的意願，可能會減少她所受的困擾。病人沒有要求舉行家庭會議來即時解決安寧照顧和預設醫療指示的問題。他到底想要甚麼？她可以首先嘗試弄清楚周先生是否真的希望醫護人員和他的家人展開對話，討論他日後的護理服務。然後，她便能向周先生的妻子和兒子講述他的意願，並同時向他們初步介紹有關展開預設照顧計劃的重要性。周先生很可能會是需要長期跟進的個案。進行了初步探討後，便有可能展開進一步的對話。

這是打破困局的務實方法。可能會有人認為這種務實方法不一定總是奏效，也有可能在一些個案中，制度是無可置疑地過度限制，更亦可能並不公平。在某些情況下，醫護人員可能需要向醫院的管理層提出關注，或者對不合醫德的工作方式依良知提出反對。

在這個案中，對於為病人作進一步的評估、促進團隊之間的正面溝通、以及和病人的家人展開對話方面，似乎仍有改善的空間。





3.2.3 人手小心餵食的難題

個案情況

楊老太 87 歲，患有晚期認知障礙症。喪偶的她過去五年一直居於安老院。過去幾年她開始臥床不起而且失語。女兒嘉寧定期來看她，可是她再認不出女兒來。過去一年，她因為不良於口腔進食，瘦了十多磅，故此需要他人協助餵食。

過去一星期，楊老太因嗜睡的狀況增多而入院，驗出泌尿道感染後接受了抗生素和靜脈輸液治療。經過數日治療，她精神有所好轉，但仍未能通過吞嚥評估。言語治療師評估記錄顯示她誤吸的情況存在高風險，並建議採取非口腔餵飼。

老年病房的醫生與嘉寧討論鼻胃管餵的問題。他解釋，楊老太進食減少及吞嚥困難都是晚期疾病的症狀，並建議採取人手小心餵食。

嘉寧回答：「媽媽受的苦夠了，她再認不出我了，也無法與人溝通，只能這麼躺着。插餵食管只會讓她受更多折磨。」嘉寧於是選擇人手小心餵食；她的決定記錄在預設照顧計劃文件中，而文件在楊老太出院時送回安老院。

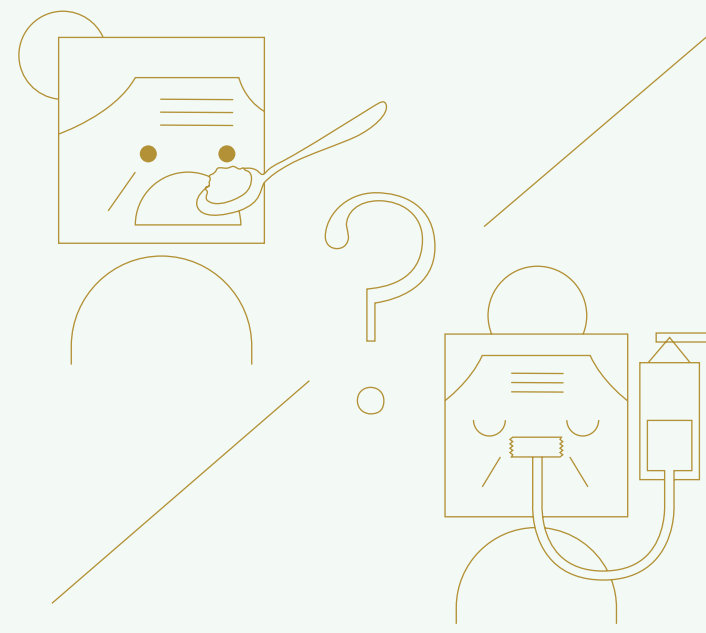
安老院的個人護理員敏兒感到很難繼續給楊老太餵食；因為楊老太非常虛弱，每次只能吃幾匙食物。餵一頓飯通常要費個多小時。可是敏兒還要護理許多住院者，實在花不起這麼多時間。此外，有見言語治療師的評估，敏兒擔心餵食會引致楊老太誤吸，因此她向護理主管提出她的顧慮。

護理主管回答：「那只好跟她女兒談談，如果她不想母親跟其他人一樣插餵食管，那麼她就要親自來給母親餵食，或者另外安排他人幫忙。否則她哽塞

怎麼辦？責任就會落到我們身上。另外，這份預設照顧計劃是屬於醫院的，反正我也不肯定我們是否有法律責任要遵循。」

會面時，嘉寧得知安老院拒絕繼續人手小心餵食，感到詫異和心煩，她呼喊：「醫院的人說媽媽可以繼續給這裡的員工餵食！我全職在郵局工作，沒可能過來餵她，我也請不起傭人！」

敏兒不知該如何是好，她認同女兒希望讓楊老太舒舒服服的願望，但如果要花如此長時間來給楊女士餵食，她實在無法完成她的工作。她的護理主管表示，他們應將楊老太送回醫院。似乎，她們別無其他選擇。





個案評論

香港中文大學威爾斯親王醫院內科及藥物治療系老人科榮譽顧問 / 臨床副教授 (榮譽) / 臨床講師 (兼職) 江德坤醫生撰寫

1. 對於有吞嚥問題的晚期認知障礙症病人，人手小心餵食和鼻胃管飼有何利弊？

| | 人手小心餵食 | 鼻胃管飼 |
|---|--|---|
| 利 | <ul style="list-style-type: none">讓病人享受飲食的樂趣讓病人感到舒適、享受陪伴和親密感 | <ul style="list-style-type: none">這快速的餵食技術，省略供應營養、水份及口服藥物時的吞嚥過程 |
| 弊 | <ul style="list-style-type: none">員工擔憂誤吸風險及導致的醫療法律後果若缺乏足夠資源（人手、時間）、及從愛心和忍耐去施行優質的餵食；最終會導致餵食不良、脫水，以致重複入院飲食帶來的痛苦，例如哽塞 | <ul style="list-style-type: none">吸入性肺炎的情況不僅不能避免（由於胃內物倒流和誤吸唾液的可能仍然存在），反而可能增加。插管或其併發症引起的痛苦（疼痛、堵塞、鬆脫）束縛手部的次數增多，導致病人無法活動以及躁動不安 |

2. 怎樣為有吞嚥危險的晚期認知障礙症病人設立預設照顧計劃？

通過制訂預設照顧計劃的過程，嚴重病患者可計劃將來在人生晚期時的醫療和個人護理。該過程的參與者包括病人、家屬、以及醫護人員，而且須考慮的因素包括疾病預後、治療利與弊、以及病人的價值觀和取態。預設照顧計劃通常是適用於精神上有行為能力之病人的一種溝通過程。對香港醫管局而言，預設照顧計劃一詞不但包括與精神上有行為能力之病人的溝通，並且延伸至與精神上無行為能力的病人之家屬的溝通。病人未來的醫療及個人護理的相關決策，應該是醫療團隊和病人家屬基於病人最佳利益而達成的共識。

楊老太患有晚期認知障礙症，無法溝通，老人科醫生判斷她沒有精神行為能力作出決定；但是仍可從她肢體語言（例如反覆拔掉鼻胃管）解讀和理解她的意願。雖然楊老太的女兒嘉寧無法代表她堅持或同意某種治療，但女兒的觀點有助理解楊老太先前曾表達有關生命晚期的決定。晚期認知障礙症病人吞嚥障礙評估和管理的決策過程是很複雜，最理想的情況是經跨學科的團隊共同商議而作出決定。言語治療師記錄楊老太存在高誤吸的風險，並且建議採用非口腔餵飼。然而認知障礙症病人在正式的吞嚥測試中，有可能因為憂慮、不熟悉測試環境（例如傾斜床），以及難吃的人工銀改造食物，導致表現欠佳。在評估口腔餵飼的安全性時，護士及家庭成員對楊老太進食期間的觀察，也應納入考慮之列。老人科醫生有職責診斷及醫治會損害吞嚥的情況，比如譫妄、抑鬱、口腔念珠病、以及中斷用藥（例如抗精神病藥物）所引發的口乾和吞嚥障礙。在訂立預設照顧計劃的過程中，考慮整體環境（包括可用的支援系統和資源）是非常重要的。楊老太入住的老人科病房，具備人手小心餵食所需的支援和資源，可是她出院後所安置的安老院，卻沒有這些配套；結果，她可能需要再次入院。對於能否成功地將護理工作從醫院移交到社區，謹慎



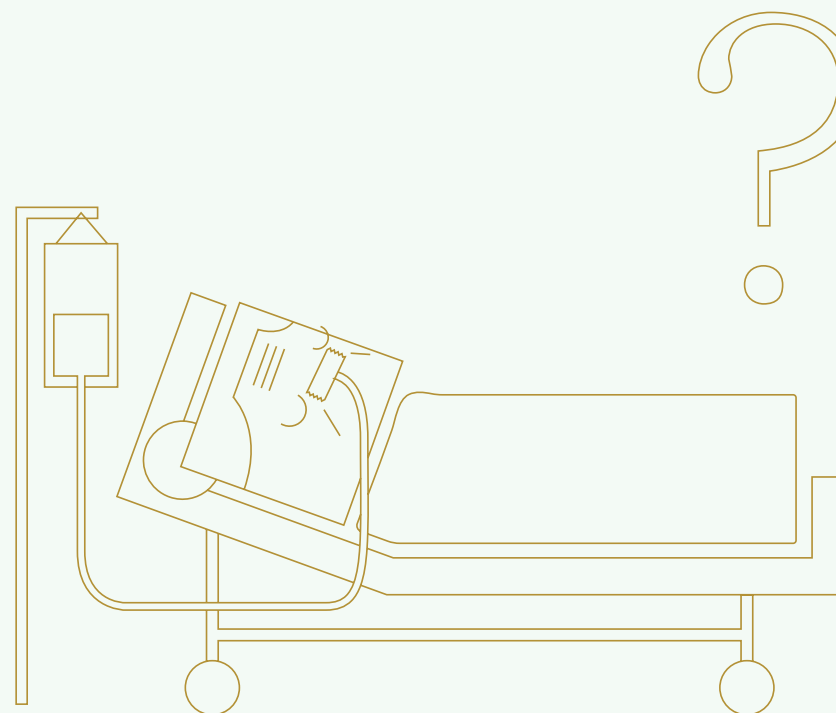


的過渡照顧計劃，以及醫院與安老院員工之間的協作配合都非常重要。因此，在制訂切實可行並適合個人需要的預設照顧計劃前，有必要認真審視人手小心餵食和管道餵飼的利弊（見上文）。

3. 當護理晚期認知障礙症病人，遇到倫理和法律兩難時，該如何盡量作出最佳的臨床倫理決定？

該個案的倫理 / 法律兩難在於：言語治療師評斷一位晚期認知障礙症病人的吞嚥情況為不安全，醫院跨學科的團隊因此在該病人的預設照顧計劃（不具法律約束力）中，建議採用人手小心餵食。然而，安老院員工（前線）沒有支援訓練（教育、運作政策和人力資源），同時表達了對訴訟的擔憂。通常爭論不採用鼻胃管飼的理由，是鼻胃管飼負擔繁重，以及其對晚期病人生活質素的不利影響。儘管楊老太處於認知障礙症的晚期，但她的急性病患（泌尿道感染）正在康復，因此將她視作末期病人，實有商榷餘地。再者，楊老太因口腔進食不足，在過去一年瘦了十多磅，並可能營養不良，令她的免疫力下降，易受感染。短期而言，鼻胃管飼也許是一種快速的治療，以恢復她的營養和體重，改善其身體狀況。然而，現時尚欠缺有質素的研究，顯示鼻胃管飼能否改善晚期認知障礙症病人的營養狀況。英國老年醫學會及倫敦皇家內科醫學院建議，當長者達到生命末期，在處理其吞嚥困難時，若有疑慮，可以在目標清晰而一致同意的情況下，嘗試採用鼻胃管餵飼；如目標無法達到，則應停止管飼。

通過多種途徑來考量老年醫學中的倫理問題，可減少我們的短視，好讓病人和我們受益。除了從常規的「主流」倫理方向考量（基於自主、善行、公平、不傷害的倫理原則）外，還要考量敘事方向，當中包括以下考慮：價值觀和期望、限制 / 不確定因素和顧慮、以及背景（病人 / 醫生 / 家庭 / 護理員、或醫院 / 社區之間的情況）。敘事方向講求主動傾聽和對話、承擔、憐憫、以及勇氣來應對照顧長者時遇到的倫理困境。對於楊老太而言，是否確定她的病情已到達末期？她吞嚥受損的情況是否無法醫治？我們是否知曉楊老太的價值取態？女兒嘉寧有何期望？嘉寧是否可以作為非正式照顧者？她是否與安老院護理員敏兒一樣，害怕楊老太有吞嚥危險，為免受媽媽因噎咳致死而內疚，才不願親手給媽媽餵食？安老院的護理主管和醫院團隊應給予敏兒和嘉寧怎樣的支持？

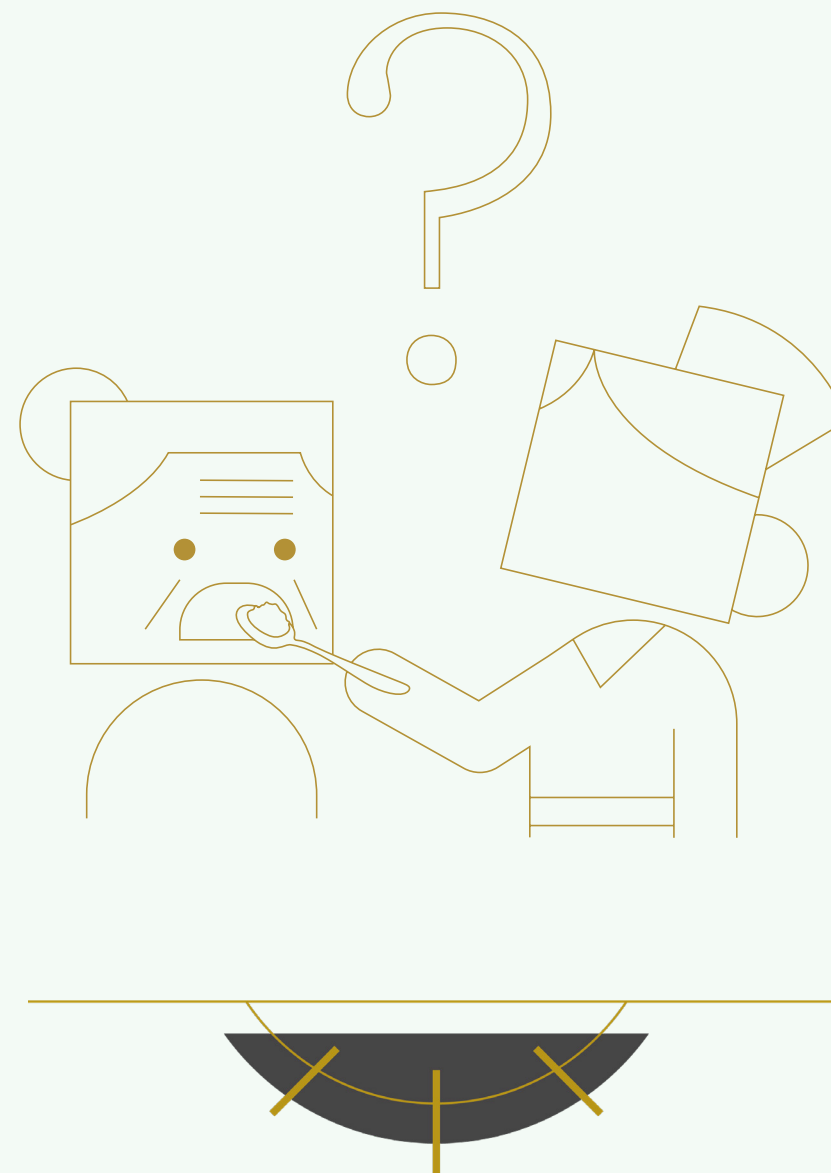




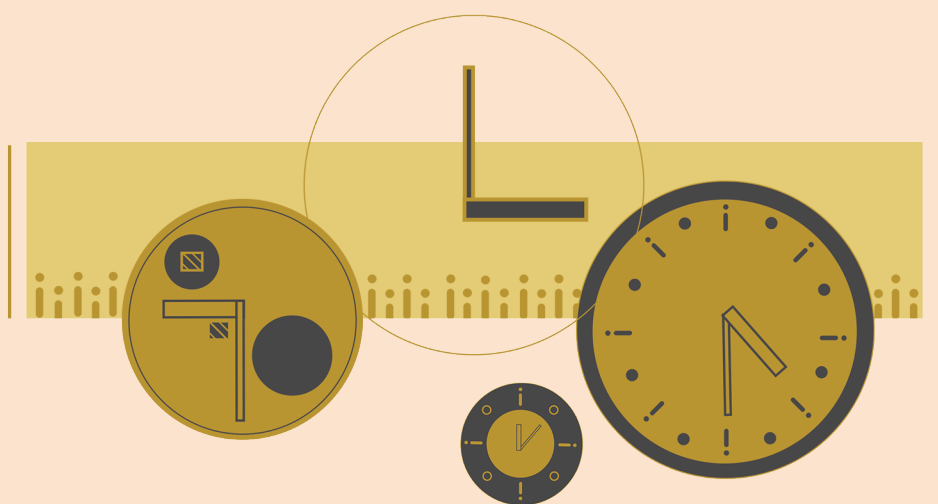
4. 就類似情況給醫院與安老院員工的指導

理想情況下，若醫院和社區的提供者 / 照顧者能協作制訂出院計劃，上述情況就可以避免。若果不能，以下策略或許有所幫助：

- 就出院後病人的情況，醫院的社區老人評估小組與安老院員工保持緊密聯絡，例如：楊老太出院後，社區老人評估小組即審視其進食情況，培訓安老院員工安全吞嚥的技巧和姿勢，為安老院員工設置熱線電話，以獲取社區老人評估小組的幫助和建議。
- 捨棄風險為本的醫學，讓以人為本的護理取而代之：這是由於着眼風險為本的醫學（不安全的吞嚥、誤吸的風險）令安老院的員工，甚至醫療團隊和病人女兒造成焦慮、恐懼和戒心。言語治療師可確認楊老太吞嚥風險的評估是「相對」而非「絕對」，並且避免在文件中提議採用「非口腔餵飼」，這樣可能會令人安心，因為這種專家意見也許被視為具有法律責任後果。言語治療師和社區老人評估小組可以教導嘉寧人手餵食的技巧，將注意力從吸入風險轉移至人與人之接觸，並鼓勵嘉寧下班後到安老院給媽媽以人手小心餵食。嘉寧也可考慮招募自願幫忙的朋友或鄰居到安老院為媽媽提供人手小心餵食。
- 預設照顧計劃並非一次即成的，而是需要隨病人的狀況或取向的變化，持續討論和審視的過程。如果以人手餵食已經很小心，但楊老太仍然因為哽塞感到痛苦，並持續消瘦，社區老人評估小組可與她女兒討論短期鼻胃管餵飼的方案，並且評估病人情況有否改善和其忍受程度。若經過短期管道餵飼後，楊老太的情況有所改善，則可重新採用人手小心餵食。



第四章



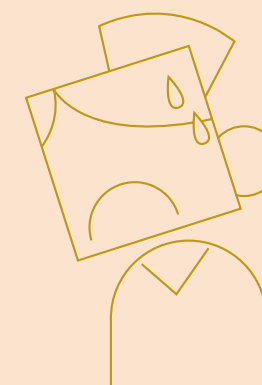
醫護人員的自我照顧方法



4.1 醫護人員面對的工作倦怠 (Burnout) 和 慈悲倦怠 (Compassion Fatigue)

4.1.1 工作倦怠

照顧臨終病人的醫護人員普遍都面臨出現工作倦怠的風險，因為他們的工作在本質上帶有強烈的情感，並經常需要面對與死亡有關的難題。工作倦怠可能對醫護人員的個人身心健康、他們向病人提供的護理質量，以及他們與同事、家人和朋友之間的關係產生負面影響。工作倦怠是指由於工作上的原因，從事助人專業的人士逐漸失去理想、幹勁和目標⁵⁸。工作倦怠的定義亦包括以下三項關鍵性特徵，分別是 (1) 身心疲憊、(2) 不信任和冷漠的態度，以及 (3) 低效能⁵⁸。



工作倦怠的指標包括⁵⁹：

- 對病人及其需要持有負面或懷疑的態度
- 對工作、職場或同事持有負面的態度
- 在工作上充斥着不滿和不悅的情緒
- 出現身體和情緒上的症狀（例如疲勞、厭倦、頭痛和體重下降等），甚至有可能導致缺勤的情況



工作倦怠的成因⁵⁹

工作量過多

(例如需要照顧大量病人、
資源不足或管理不善)

家庭和工作生活之間 缺乏平衡

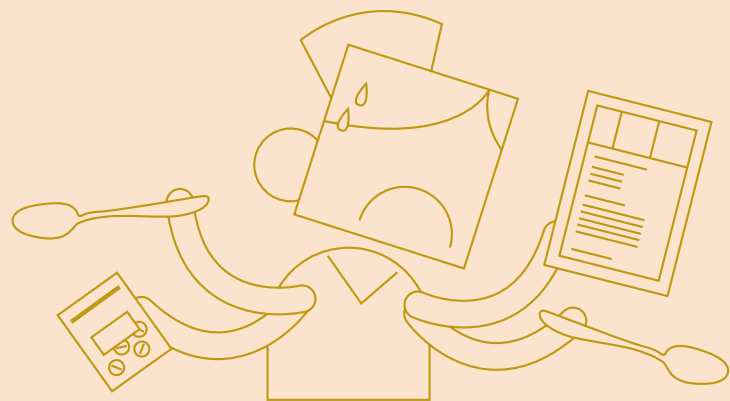
培訓不足

(例如溝通和管理技巧)

職場上的衝突和 人際關係的問題

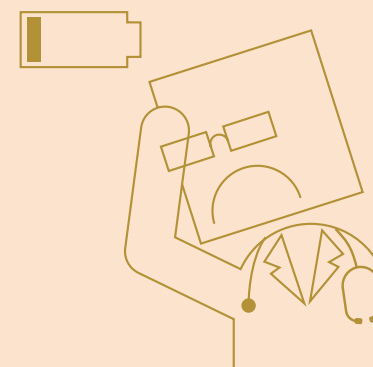
性格和應對方式

理想和期望與 日常工作的實際情況 有落差



4.1.2 慈悲倦怠

除工作倦怠外，醫護人員亦可能會經歷慈悲倦怠。慈悲倦怠一詞用於描述醫護人員因為持續地與病人深入接觸，過於投入與病人的關係，並長期累積壓力的最終後果⁶⁰。慈悲倦怠指的是醫護人員在工作上面對遭受創傷的病人和家人時所累積的壓力或殘留的情緒⁶¹。它可能是由接觸一個特別具有創傷性的個案所致，亦可能是逐漸累積而成⁶¹。出現慈悲倦怠的人會在身體、精神和情感上變得筋疲力盡。提供安寧照顧服務的醫護人員由於經常接觸死亡，以及垂死和飽受痛苦煎熬的病人，因此極容易出現慈悲倦怠的情況。



慈悲倦怠的影響⁶¹：

- 對所屬機構提供服務的能力產生負面影響
- 導致高流失率
- 降低生產力
- 影響享受生活的能力
- 影響個人和專業關係



4.1.3 減少工作倦怠和慈悲倦怠

(i) 制訂自我照顧計劃

鑑於工作倦怠和慈悲倦怠可帶來的負面後果，制訂有助減輕其影響的策略可謂至關重要。其中一種重要的方法是鼓勵醫護人員自我照顧。自我照顧是指由個人獨立進行的一系列旨在促進和維持個人福祉的活動⁵⁸。制訂自我照顧計劃能讓醫護人員找出有助維持個人福祉、增強健康和管理壓力的活動和做法。

自我照顧的元素

自我照顧是一項個人的事情，每個人的做法都可能有所不同。它主要與個人目標和對專業的自我期許有關。圖 14 顯示了自我照顧的不同元素，以及各種自我照顧方面的可供參考做法⁶²。

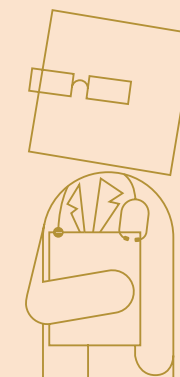


圖 14 自我照顧的各種元素

職場或專業方面的自我照顧

職場或專業方面的自我照顧涵蓋那些能符合你專業水平與期望的活動。例如，你可以：

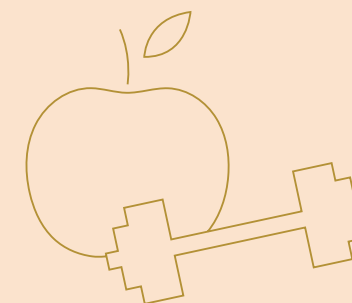
- 進行有組織的臨床監督，或向熟悉臨床監督的資深同事徵詢意見
- 建立一個同行和導師的網絡
- 定期對工作和生活的各個方面進行評估
- 嘗試寫下感想和反思
- 參加專業發展計劃



生理方面的自我照顧

生理方面的自我照顧涵蓋那些有助你保持身體健康，並能確保你有足夠精力應付工作和個人事務的活動。例如，你可以：

- 養成有規律的睡眠習慣
- 建立健康的飲食習慣
- 午間小休
- 利用午休時間散步
- 定期在上班前 / 後進行一些運動
- 旅行散心





心理方面的自我照顧

心理方面的自我照顧涵蓋那些有助你保持頭腦清醒，並讓你有足夠「腦力」應付專業上的挑戰的活動。例如，你可以：

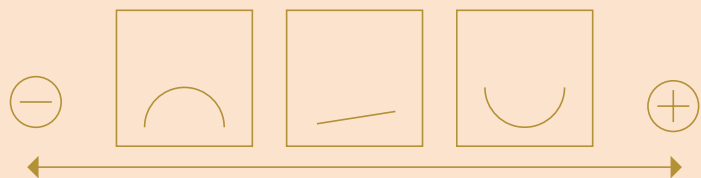
- 進行消遣活動和培養興趣
- 在工作時間以外停止接收電子郵件和工作電話
- 花點時間放鬆身心
- 花點時間與朋友和家人相處



情感方面的自我照顧

情感方面的自我照顧可讓你安然地面對各式各樣的情緒。例如，你可以：

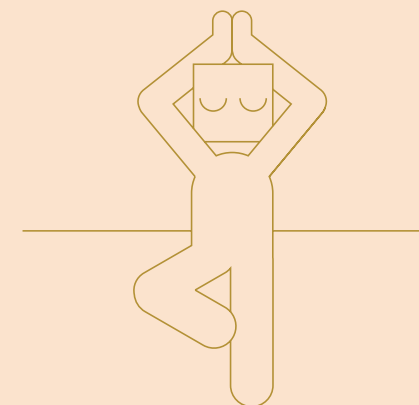
- 在開始感到不知所措的時候向他人尋求協助
- 接受自己的真正感受（不論正面或負面）
- 深呼吸（特別是在表達自己的感受前）
- 學懂說「不」，並先照顧好自己
- 與朋友分享自己在工作和生活困難上的應對方法



心靈方面的自我照顧

心靈方面的自我照顧涵蓋那些能讓你進一步與內在自我連繫的習慣和活動（內在自我指的是最真實的自己）。例如，你可以：

- 進行自我反思的活動，例如靜觀練習
- 瑜伽
- 參與宗教活動
- 閱讀心靈書籍
- 花點時間接觸大自然
- 嘗試寫自省筆記



人際關係方面的自我照顧

人際關係方面的自我照顧指的是與他人維持一個健康和互相支持的關係。這可確保你的人際關係多樣化，從而令你的生活圈子不局限於在工作上合作的同事。例如，你可以：

- 以生命中重要的人（例如家人和孩子）為先
- 出席家人和朋友的特別活動





自我照顧宣言⁶³

自我照顧宣言

1. 我值得擁有快樂和圓滿的人生。
2. 我沒有用工作來定義自己。
3. 我並不是唯一可以幫助垂死病人和喪親者的人。
4. 我必須養成健康的飲食、睡眠和運動習慣。
5. 我必須為自己與病人的關係設下底線。
6. 我並不完美，也不應期望自己會變得完美。
7. 我必須運用有效的時間管理技巧。
8. 我必須學習為自己可以做的事情設下限制，並學會紓緩壓力。
9. 我必須用心聆聽自己內心的聲音。
10. 我應在工作和日常生活中表達自我。
11. 我是一個有靈性的人。



4.1.3 減少工作倦怠和慈悲倦怠（續）

(ii) 培養自我意識

在自我照顧的範疇上，發展自我意識的重要性值得我們特別關注⁵⁸。心理學家丹尼爾·高爾曼 (Daniel Goleman) 將自我意識定義為對自己內在狀態、偏好、資源和直覺的了解⁶⁴。這是指我們監測自己內心世界、思想和各種情緒的能力。對醫護人員來說，較強的自我意識可使其工作投入感和滿足度，以及自我照顧的能力提升，從而可以改善護理服務的水平 and 病人的滿意程度⁵⁸。相反，自我意識水平較低的醫護人員則有較大機會出現工作倦怠和慈悲倦怠⁵⁸。

培養自我意識的方法⁶⁵

為自己製造空間

嘗試讓自己在早上或入睡前半小時遠離電子產品，並花點時間一個人獨處（例如閱讀和寫作），從而與自己的內心世界建立聯繫。



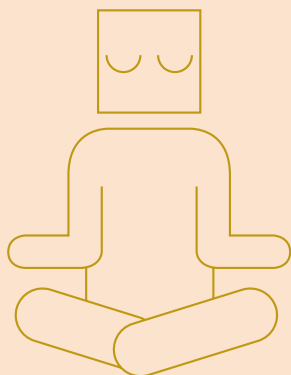
輕掃關機





靜觀練習

靜觀對自我意識十分重要。靜觀的定義是刻意地專注於當下的一切，並學習以非批判性的態度看待自己和他人⁶⁶。透過靜觀練習，你將能活在當下，並更能觀察自己的內心世界和周遭發生的事物。靜觀所強調的不只是盤腿而坐的動作或是思想上的抑制，而是對自己內心世界的關注。你可以隨時透過細心聆聽、飲食或散步的方式來進行靜觀練習。



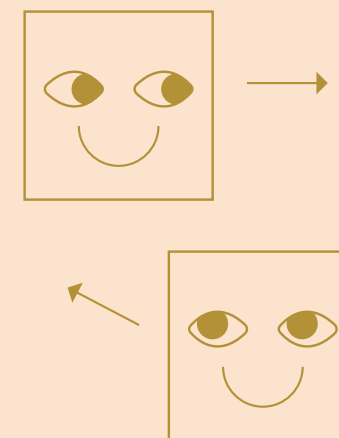
寫日記

寫作可幫助我們整理思緒，讓我們感到身心合一和平安。你可利用日記來記錄自己的內心狀態，並可藉此密切留意自己的內心世界，例如是你的感受和對自己說的話。你甚至可能會對自己所寫下的內容感到驚訝！



收集不同意見

我們每個人都有盲點。尋求別人的意見有助我們得到新的視角，從而可以更全面地了解自己。有時我們可能過於害怕向別人詢問他們對自己的看法。儘管某些意見可能有所偏頗，甚至是不盡不實，你仍可自行分辨當中的真偽和取得平衡，並藉此增進你對自己和他人的了解。



學習成為一位出色的聆聽者

「聆聽」有別於純粹的「聽見」。「聆聽」關乎的是專注於當下和留意別人的情緒、肢體動作和說話。「聆聽」的重點是展現同理心和諒解，而非無休止的評價或判斷。當你成為一位出色的聆聽者時，你也會更善於聆聽自己內心的聲音，並成為自己最好的朋友。

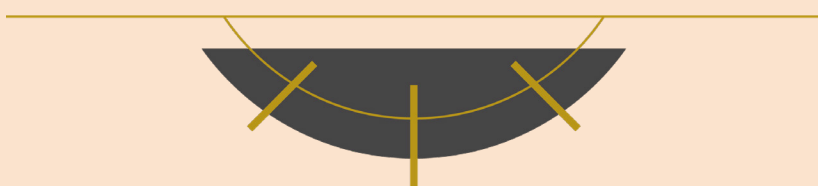
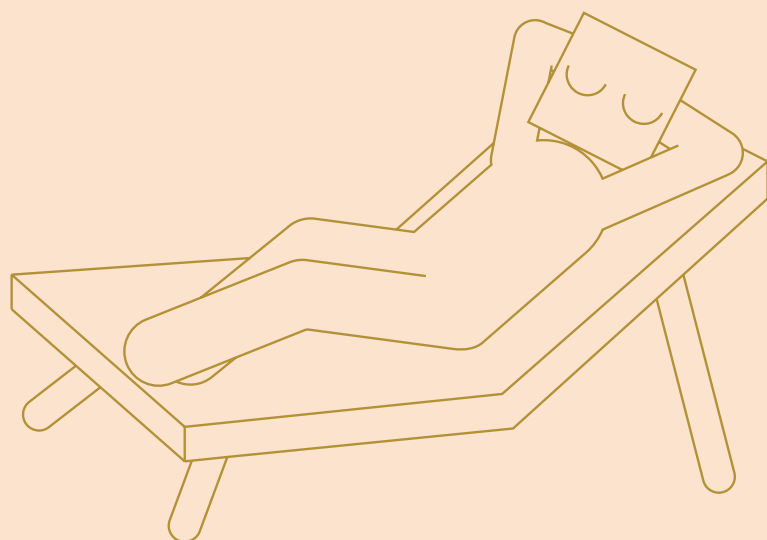




4.2 放鬆練習

進行放鬆練習有助減輕日常壓力，改善精神和情緒，並促進身心健康。有見及此，由新生精神康復會與香港中文大學心理學系合辦的「賽馬會心導遊計劃 — 情緒 GPS」(eGPS) 特別推出了以下的放鬆練習指導聲帶⁶⁷。

你可按指示進行練習，盡情放鬆身心。



(i) 腹腔式呼吸練習



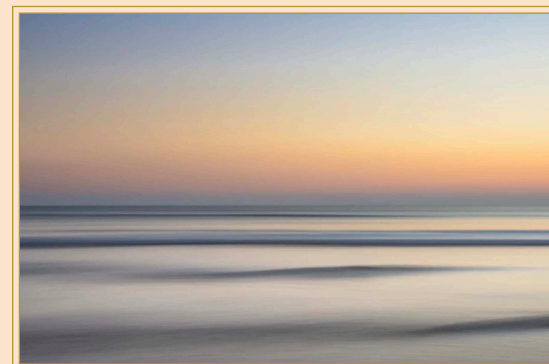
網址

<https://www.youtube.com/watch?v=IXy053twOT0>

二維碼



(ii) 肌肉放鬆練習



網址

https://www.youtube.com/watch?time_continue=5&v=8oGosHzF9gU

二維碼



(iii) 放鬆練習



網址

<https://www.youtube.com/watch?v=bBrXsTHx04E>

二維碼





參考資料

1. Census and Statistics Department, Hong Kong Special Administrative Region. (2017). Hong Kong Population Projections 2017–2066. Retrieved from <https://www.statistics.gov.hk/pub/B1120015072017XXXXB0100.pdf>
2. Luk, J. K. H. (2018). End-of-life services for older people in residential care homes in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 24(1), 63–67.
3. The Economist Intelligence Unit Limited. (2015). The 2015 Quality of Death Index: Country profiles. Retrieved from http://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles_Oct%206%20FINAL.pdf
4. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2017). The chief executive's 2017 policy address. Retrieved from https://www.policyaddress.gov.hk/2017/eng/policy_ch05.html
5. Hospital Authority. (2016). Guidance for HA clinicians on Advance Directives in adults. Retrieved from <http://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/EngcopyAD.pdf>
6. Hospital Authority. (2015). HA guidelines on life-sustaining treatment in the terminally ill. Retrieved from http://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/HA_Guidelines_on_Life_sustaining_treatment_en_2015.pdf
7. Hospital Authority. (2016). HA guidelines on Do-Not-Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR). Retrieved from http://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/CEC-GE-6_en.pdf
8. Hospital Authority. (2019). HA guidelines on Advance Care Planning. Retrieved from <http://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/EACPGuidelines.pdf>
9. Hospital Authority. (2017). HA strategic service framework for palliative care. Retrieved from https://www.ha.org.hk/haho/ho/ap/PCSSF_1.pdf
10. Woo, J., Chan, H. Y. L., Chong, M. L. A., Zou, M., Chung, R. Y., & Kwok, T. (2015). Medical ethical principles may drive improvement of quality of dying in Hong Kong. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 5(5).
11. Chung, R. Y. N., Wong, E. L. Y., Kiang, N., Chau, P. Y. K., Lau, J. Y. C., Wong, S. Y. S., ... Woo, J. W. (2017). Knowledge, attitudes, and preferences of advance decisions, end-of-life care, and place of care and death in Hong Kong. A population-based telephone survey of 1067 adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(4).
12. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2019). LCQ15: Advance directives in relation to medical treatment. Retrieved from <https://www.info.gov.hk/gia/general/201905/22/P2019052200261.htm>
13. World Health Organization. (2019). WHO definition of palliative care. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
14. General Medical Council. (2010). Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making. Retrieved from https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/Treatment_and_care_towards_the_end_of_life___English_1015.pdf_48902105.pdf
15. Institute of Medicine of the National Academies. (2015). *Dying in America: Improving quality and honouring individual preferences near the end of life*. Washington, DC: The National Academies Press.
16. Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58–69.
17. Yorkshire Cancer Network, & North East Yorkshire and Humber Clinical Alliance. (2014). A guide to symptom management in palliative care (version 5.1). Retrieved from <https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seeemsfile/?id=1206>
18. Lo, R. (Ed.). (2007). *Handbook on symptom control*. Hong Kong: New Territories East Cluster.
19. McCarberg, B., & Stanos, S. (2008). Key patient assessment tools and treatment strategies for pain management. *Pain Practice*, 8(6), 423–432.
20. Richmond, C. (2005). Dame Cicely Saunders. *BMJ*, 331(7510), 238–239.
21. Friese, G. (2015). How to use OPQRST as an effective patient assessment tool. Retrieved from <https://www.ems1.com/ems-products/education/tips/475522-How-to-use-OPQRST-as-an-effective-patient-assessment-tool/>





22. Wong, D. L., & Baker, C. M. (2001). Smiling face as anchor for pain intensity scales. *Pain, 89*(2–3), 295–297.
23. Rodriguez, C. S. (2001). Pain measurement in the elderly: a review. *Pain Management Nursing, 2*(2), 38–46.
24. Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association, 4*(1), 9–15.
25. World Health Organization. (2019). WHO's cancer pain ladder for adults. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
26. Canadian Medical Association. (2017). 2017 Canadian opioid prescribing guideline. Retrieved from https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/CPD/Opioid%20poster_CFP_ENG.pdf
27. WebMD. (2019). Drugs & medications A–Z. Retrieved from <https://www.webmd.com/drugs/2/index>
28. Dudgeon, D., & Shadd, J. (2018). Assessment and management of dyspnea in palliative care. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care>
29. Marie Curie. (2018). Constipation. Retrieved from <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/constipation>
30. NHS Scotland. (2019). Scottish palliative care guidelines: Weakness and fatigue. Retrieved from <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/71302/2019-weakness-and-fatigue.pdf>
31. Marie Curie. (2018). Fatigue. Retrieved from <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/weakness-fatigue>
32. Paolini, C. A. (2001). Symptoms management at the end of life. *Journal of the American Osteopathic Association, 101*(10), 609–615.
33. Marie Curie. (2018). Nausea and vomiting. Retrieved from <https://www.mariecurie.org.uk/professionals/palliative-care-knowledge-zone/symptom-control/nausea-vomiting>
34. Thomas, K., Wilson, J. A., & GSF team, National Gold Standards Framework Centre in End of Life Care. (2016). The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG). Retrieved from <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/PIG/NEW%20PIG%20-%20%20%2020.1.17%20KT%20vs17.pdf>
35. Lynn, J., & Adamson, D. M. (2003). *Living well at the end of life: Adapting health care to serious chronic illness in old age*. Santa Monica, CA: RAND.
36. Murray, S. A., Mason, B., & Donaldson, A. (2010). What are the key challenges facing palliative care internationally in the next 10 years?. *International Journal of Palliative Nursing, 16*(7), 316–319.
37. Smith, R. (2000). A good death: An important aim for health services and for us all. *BMJ, 320*(7228), 129–130.
38. Society for the Promotion of Hospice Care. (2011). 2011 shijie shuhuan guanhuairi: dui shengming wanqi zhaogu de yijian yanjiu baogao [2011 World Hospice and Palliative Care Day: Report of the opinion survey on end-of-life care issues in Hong Kong]. Retrieved from <http://hospicecare.cloudhost8.com/wp-content/uploads/2017/09/20111003acpsurvey-whd11.pdf>
39. Ariadne Labs. (2016). Serious illness care program: Reference guide for interprofessional clinicians. Retrieved from http://www.bcrenalagency.ca/resource-gallery/Documents/ClinicianinterprofessionalReferenceGuide_v4_2018_01_19.pdf
40. VitalTalk. (2019). Responding to emotion: Articulating empathy using NURSE statements. Retrieved from <https://www.vitaltalk.org/guides/responding-to-emotion-respecting/>
41. Royal College of Physicians. (2015). Acute care resource: End-of-life care in the acute care setting. Retrieved from <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/acute-care-resource-end-life-care-acute-care-setting>
42. Hospital Authority. (2019). Advance Care Planning (ACP)? Advance Directives (AD)? Do-Not-Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (DNACPR)? Patients and families should know more!. Retrieved from https://www.ha.org.hk/haho/ho/psrm/Public_education3.pdf
43. Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.





44. Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G., & Storch, J. (2012). Moral distress: Tensions as springboards for action. *HEC Forum*, 24(1), 51–62.
45. Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1–9.
46. Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.
47. Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., & Fisher, J. M. (2014). Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117–125.
48. Berger, J. T. (2014). Moral distress in medical education and training. *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), 395–398.
49. Chan, H. (2017). Moral distress among nurses in Hong Kong. Retrieved from http://bioethics.med.cuhk.edu.hk/assets/imgs/userupload/Moral%20Distress_Helen%20Chan.pdf
50. Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636–650.
51. Epstein, E. G., & Delgado, S. (2010). Understanding and addressing moral distress. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3).
52. Chan, H. (2018). Moral distress among health professionals: What and why. Retrieved from <http://www.ioa.cuhk.edu.hk/en-gb/casebook/backgrounders/moral-distress-among-health-professionals-what-and-why>
53. Hamric, A. B., Davis, W. S., & Childress, M. D. (2006). Moral distress in health care professionals: What is it and what can we do about it?. *Pharos*, 69(1), 16–23.
54. Rushton, C. H. (2006). Defining and addressing moral distress: Tools for critical care nursing leaders. *AACN Advanced Critical Care*, 17(2), 161–168.
55. American Association of Critical-Care Nurses. (n.d.). The 4A's to rise above moral distress. Retrieved from https://www.emergingrnleader.com/wp-content/uploads/2012/06/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf
56. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics (5th ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
57. Tse, C. Y. (2016). Clinical ethics in end of life care [Powerpoint slides].
58. Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., ... Thomas, J. D. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81.
59. CareSearch. (2017). Burnout. Retrieved from <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/2179/Default.aspx>
60. Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–243.
61. Carroll, D. E. (2017). *Compassion fatigue in hospice nursing: a program development* (Unpublished master's thesis). Rhode Island College, Providence.
62. ReachOut Australia. (2019). Developing a self-care plan. Retrieved from <https://schools.au.reachout.com/articles/developing-a-self-care-plan>
63. Wolfelt, A. D. (2017). The bereavement caregiver's self-care manifesto. Retrieved from http://www.parthemore.com/Content/Media/ParthemoreFuneralHome/FrontlinePublication/Frontline_Fall2017.pdf
64. Goleman, D., (1996). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. London: Bloomsbury.
65. Zhu, J. (2019). What is self-awareness and why is it important? [+5 ways to increase it]. Retrieved from <https://positivepsychology.com/self-awareness-matters-how-you-can-be-more-self-aware/>
66. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
67. Jockey Club TourHeart Project. (n.d.). fangsong lianxi [relaxation training]. Retrieved from <https://www.egps.hk/relaxation-exercise>





編 著 | 香港中文大學賽馬會老年學研究所
出 版 | 香港中文大學賽馬會老年學研究所
地 址 | 香港新界沙田香港中文大學康本國際學術園9樓908室
電 話 | (852) 3943 9208
電 郵 | ioa@cuhk.edu.hk
網 址 | <http://www.ioa.cuhk.edu.hk/zh-tw/training/end-of-life-care>
出版日期 | 2020年4月
國際書號 | ISBN 978-988-74589-0-6

非賣品

版權屬香港賽馬會及香港中文大學賽馬會老年學研究所所擁有。
歡迎複印作非牟利教學用途。引用時請列明出處。

