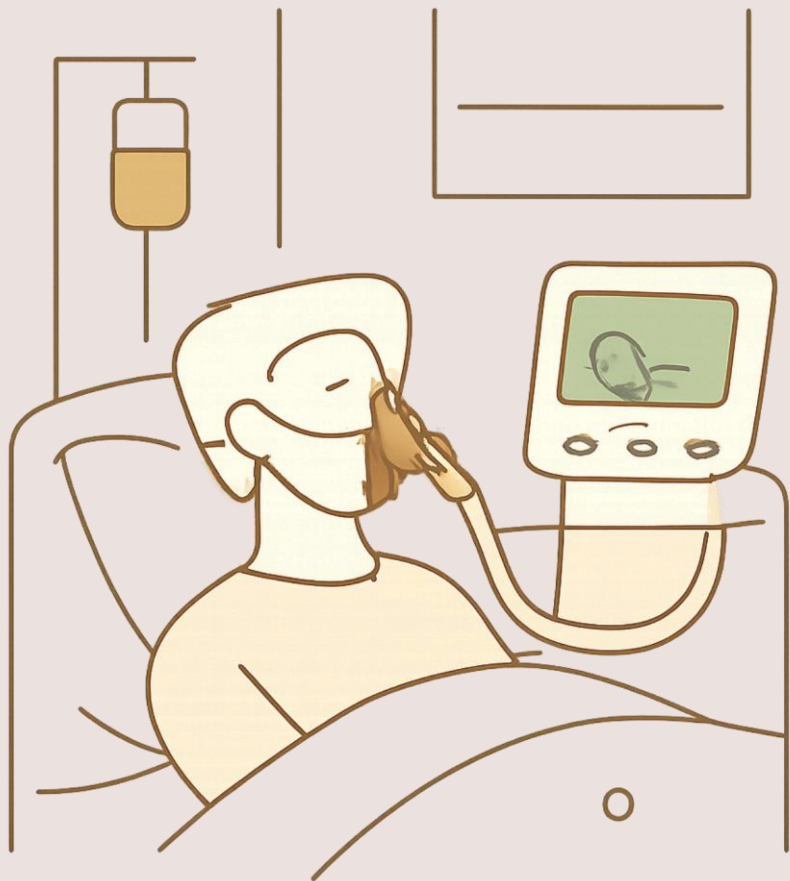




預立醫療照護諮商與安寧緩和推動及照護

呼吸照護中心的臨床分享

馬偕醫院 呼吸照護中心 護理長 楊千慧

呼吸照護中心與安寧緩和醫療

01

呼吸器依賴試辦計畫(IDS)

02

整合性照護計畫與安寧緩和

03

臨床實務：ACP 與安寧照護的推動做法



呼吸器依賴患者整合性照護計畫

依呼吸器使用天數分四階段照護



我們病人的特色？



住院時間**長**



意識多半**不**清



病程走向已現端倪

政策脈絡：兩部法律，奠定推動基礎



適用末期病人
可簽署 DNR 與維生醫療意願書



適用五種臨床條件
ACP 為簽署預立醫療決定 (AD) 的必要程序

意識多半不清

經疾病治療、鎮靜藥物讓表達意願變得困難

臨床挑戰：多數病人轉入 RCC 時意識已不允許親自完成 ACP 諮商
因此我們的角色常轉為協助家屬理解 ACP。





把握意識清楚窗口期的溝通



建立跨團隊家庭會議機制



ACP 諮商的實際銜接

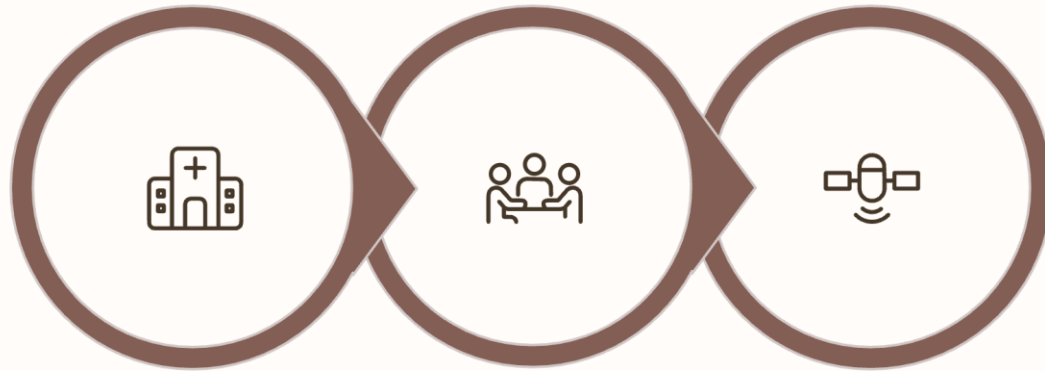


安寧緩和照護的實際落地



誠實面對困難與挑戰

臨床實務：把握「意識清楚窗口期」



72小時評估

準備家屬會議

謹慎呈述

提醒:若沒有先做好評估，直接丟出 ACP 或安寧概念
反而讓家屬誤以為醫療團隊「已經放棄病人」。

跨團隊家庭會議：角色分工



醫師



護理師

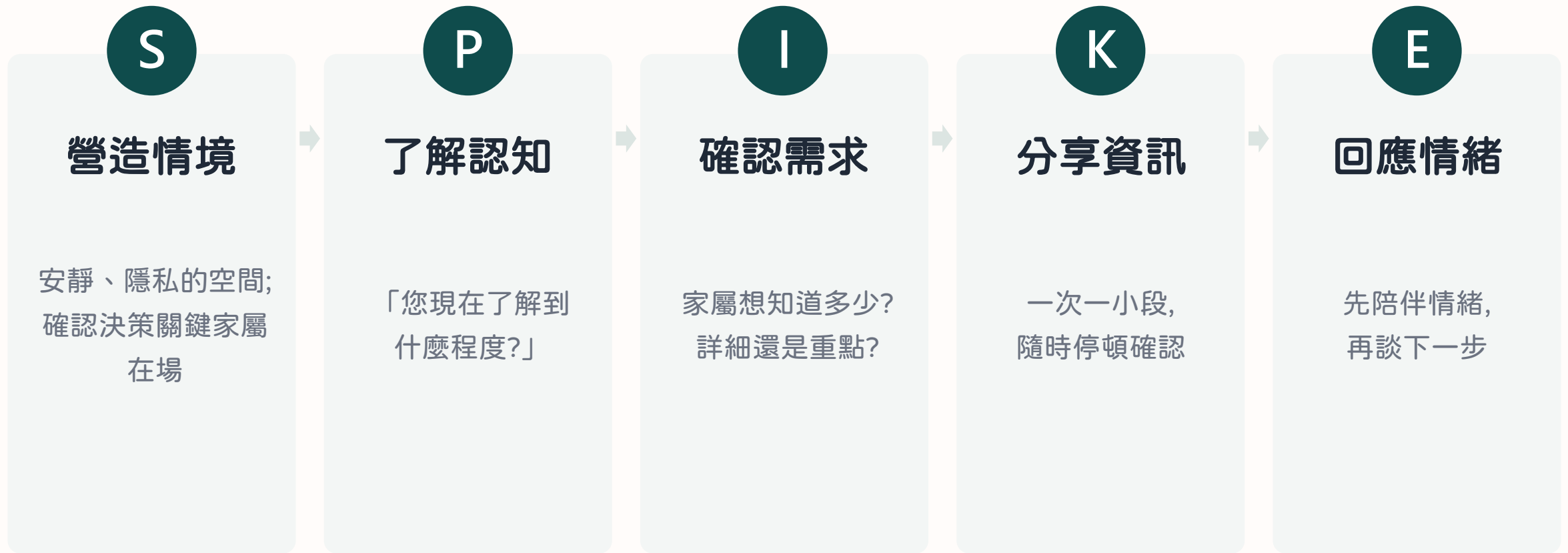


社工師



安寧共照

跨團隊家庭會議：SPIKES 溝通架構



實際常見的誤解

安寧緩和 ≠ 放棄治療

對已決定不再積極治療的病人，但我們仍持續為病人做事



疼痛與症狀控制

積極評估與處置，
維持病人的舒適



皮膚口腔照護

維持病人的
尊嚴與清潔



呼吸器設定調整

減少病人的
不適感



陪伴家屬心理調適

引入安寧共照、
靈性與志工資源

四項真實挑戰

1

時間與人力拉扯

一場完整家庭會議平均耗時一小時以上
人力吃緊班別負擔大

2

家屬意見分歧

「該不該放手」看法不一
常需多次會談才能凝聚共識

3

團隊內部價值衝突

並非所有同仁對安寧理念
有一致認同易傳遞矛盾訊息

4

法律與實務落差

多數病人意識已不允許親自
完成 ACP,第一線常需解釋差異

☐ 每一個困境與挑戰背後，都是團隊對「善終照護」的堅持與承擔。

呼吸照護中心照顧的， 從來就不只是一台呼吸器

而是一個又一個在漫長病程裡努力求生、也努力求好走的生命，
以及陪伴在他們身邊、同樣需要支持的家庭。

謝謝聆聽 歡迎交流與提問

