

提升加護病房善終準備及照護完整率

Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit

許茹琬¹ Ju-Hsuan Hsu 張淑敏¹ Shu-Min Chang

曾愛倫² Ailun Heather Tseng 黃漢倫³ Han-Luen Huang

李維玲¹ Wei-Ling Lee

¹ 新竹國泰綜合醫院護理科

² 新竹國泰綜合醫院一般外科

³ 新竹國泰綜合醫院心臟內科

¹ Department of Nursing, Hsinchu Cathay General Hospital, Hsinchu, Taiwan

² Department of General Surgery, Hsinchu Cathay General Hospital, Hsinchu, Taiwan

³ Department of Internal Medicine, Division of Cardiology, Hsinchu Cathay General Hospital, Hsinchu, Taiwan

摘要：現代醫療延長國人平均餘命，也延長重症末期病人痛苦死亡過程。醫護人員對善終概念及死亡前之關懷能協助家屬了解並做成決策，也可改善末期臨終照護品質，故引發筆者進行改善的動機。本專案旨在提升加護病房善終準備及照護完整率。經查檢單位發現主要問題有：(1)人員善終概念及死亡處理態度不足；(2)缺少善終相關護理指導單張；(3)善終末期照護溝通技巧不足；(4)不了解安寧共照小組及無善終標準流程等。經舉辦教育訓練提高認知；制定臨終關懷護理指導使家屬對至親往生有周全準備；會診共照小組及開家庭會議與家屬達成共識並解決問題；制定善終照護標準程序包含撤除維生醫療程序，進而將加護病房善終準備及照護完整率由7.1%提升為82.6%，達到此專案目的。

關鍵字：重症護理；善終；生命末期照護

Abstract: Advancement in modern medicine has increased the global average life expectancy, but prolongs suffering of terminally ill patients. It is important for medical staffs to understand the concept of palliative care in order to assist patients and families in decision-making and enhance patient quality of life. This study explores the importance of end-of-life care and identifies the weaknesses of our palliative care system in the intensive care unit (ICU). Four problems were identified in the management of care:



(1) insufficient education and training of the critical care staffs; (2) lack of guidelines for symptom control and psychosocial support; (3) inadequate communication between staff members and patient/families; and (4) unfamiliar with care management and standard of care. A variety of strategies were implemented to improve ICU palliative care, which included continuous education and training of critical care professionals, establishing guidelines for critical care including withdrawal of life support, and providing support and counseling for families in times of adverse events. With this integrative approach, we have reached an improvement score from 7.1% to 82.6%.

Keywords: critical care; palliative care; end-of-life care

1. 緒論

加護病房為急重症救護單位，重點多放在積極治療降低死亡率，在治療疾病過程中病人可能接受更多醫療儀器的使用，承受更多醫療處置所產生的痛苦，但重症醫護人員也必須正視對於超出醫療極限的病人應如何提供尊嚴的善終（蔡翊新、林亞陵、黃勝堅，2007；Mularski, 2006）。近年來預立「不施行心肺復甦術」(Do Not Resuscitate, DNR)意願書議題漸受重視，但大部分簽署時機皆為晚期（DNR入院後才簽署），且入住加護病房的病人、家屬與照護團隊對醫療的期待不同，在缺乏資訊情形下病人很難有選擇善終機會，無效醫療隨之產生並延長重症病人痛苦死亡過程。加護病房醫護人員對善終概念多不足且缺乏照護能力，因此如何提供完善的加護病房生命末期照護，減輕病人臨終前的痛苦，使病人在加護病房有尊嚴的善終，以促進生命末期獲得最大的舒適為重要課題，故引發專案小組對此問題的重視與探討，期望透此專案的執行，建置完善的善終照護流程，以協助病人善終，提升加護病房末期病人善終準備及照護品質。

1.1 現況分析

經臨床照護工作上發現單位現存問題，藉由組成專案小組的活動，提升醫療護理品質。本專案小組由加護病房主任、護理長及6名護理師所組成，於每個月一至兩次在加護病房討論室開會討論，每次30-90分鐘，針對每次議程進行討論。

專案小組於2015年4月1日至4月30日間，以查閱病歷及訪談醫護人員方式進行現況分析，資料分析如下。

1.2 單位特性

本單位為成人內外科加護病房，總床數14床，2014年病危返家總人數為77人，佔自動出院比率達71.9%，而在院死亡月平均比率為9.8%，科別多為神經外科（32.9%），其次為腎臟內科（19.7%）。護理人力配置為白班、小夜及大夜各5人，單位護理人員共26人，平



均年資4年，每人平均照護2至3名病人，以全責護理為主，單位護理人員依個人經驗執行臨終護理。

1.3 善終準備執行狀況

本單位參考衛生福利部2015-2016年所推廣安寧緩和醫療社區照護模式試辦計畫中的「善終準備紀錄單」，修改成適用於加護病房之版本制定而成「善終準備核對表」：經院內人體試驗委員會審查通過後（編號CGH-P104016），於2015年1至4月共28位病危返家及死亡名單進行病歷回溯查閱護理紀錄，針對身體心理、喪葬準備及靈性宗教需求方面進行查核善終準備執行狀況，缺少一項即算不完整。完整率的計算是以17個項目皆完成的數量為分子，所有病危返家及死亡人數加總為分母，圈員查核結果發現本單位提供善終準備及照護全項目皆完整率為7.1%（如表1）。

表1. 善終準備核對表

項目	是	完整率(%)
一、身體心理方面		
1.評估病人對病情知情	4	14.3
2.評估家屬對病情知情	16	57.1
3.評估家屬面臨病人瀕死知情	6	21.4
4.評估病人面臨瀕死知情	2	7.1
5.評估瀕死症狀	16	57.1
6.衛教家屬病人已面臨瀕死徵象	2	7.1
7.提供臨終關懷護理指導	2	7.1
8.教導家屬如何與病人溝通	10	35.7
9.安排主要親友探望	3	10.7
10.讓親友陪伴病人並道愛、道謝、道歉及道別	12	42.9
二、喪葬準備		
11.與家屬討論往生地點（醫院還是家中）	2	7.1
12.提醒家屬喪葬準備事宜	2	7.1
13.說明如何取得死亡證明書	10	35.7
三、靈性宗教需求		
14.評估轉介社工師提供資源協助之需要	2	7.1
15.轉介安寧共同照護	2	7.1
16.評估有無宗教需求	4	14.3
17.提供原有宗教信仰死亡前準備如提供念佛機	15	53.6
總完成率（每項皆完成個案數/總個案數）	2/28	7.1

(n = 28)



1.4 善終概念及死亡處理態度不足

檢視2013至2014年單位內在職教育課程，多著重於重症個案及管路照護，未曾舉辦臨終照護訓練相關課程，護理人員因未接受相關訓練，不清楚如何評估瀕死症狀，故多依個人經驗執行臨終護理，加上普遍對善終概念及死亡處理態度不足，因此對於瀕死病人照護較不完整。

2015年4月20日至4月27日對本單位護理人員共26人進行善終概念及死亡處理態度測驗，採用曾煥棠（1999）所翻譯編製之「死亡處理態度量表」，此量表由「非常同意」到「非常不同意」依序以6、5、4、3、2、1給分，全部題數除第十八題外，皆為正向計分，總得分180分，受試者得分愈高者，表示死亡處理態度愈為正向。「善終概念量表」採用胡惠婷（2012）所編製「善終概念量表」，此量表由「非常同意」到「非常不同意」依序以6、5、4、3、2、1給分，總得分198分，受試者得分愈高，表示對該項陳述傾向同意程度越高。以上量表信效度良好且徵求原作者同意後，採此兩種量表調查本單位護理人員對善終概念及死亡處理態度，善終概念平均得分為169.9分；死亡處理態度平均得分為127.5分。

1.5 缺少臨終關懷護理指導單張及善終照護標準流程

專案小組審閱相關作業標準發現本院並無臨終關懷護理指導單張、海報及網頁等相關宣傳資料，亦無善終照護標準流程，因此護理師多依個人經驗執行臨終護理，團隊間常無共識導致作法不一致。

1.6 善終末期照護溝通技巧不足

當主治醫師在例行性查房或會客時間進行病情解釋時，家屬對病情及預後不了解、不清楚病人已面臨瀕死或對疾病進展認知有差異、接受度不佳，或家屬人數較多彼此間溝通不足，導致醫師對末期病情告知的時機點面臨困難，且不知道如何向家屬說放手，加上部分醫師存有「救生不救死」的觀念，即使已達疾病末期，仍避諱主動提及瀕死訊息，然而護理師在這過程中，會覺得面臨到衝突，不知道該如何與家屬溝通。

1.7 不清楚安寧共照功能

部分醫師不清楚醫院內安寧共照小組的功能，且不清楚會診安寧共照小組的時機，甚至有些醫師覺得病人還有救，不需要會診安寧共照小組。

綜合以上資料，專案小組就醫護人員、病人及家屬和流程三部分歸納出特性要因圖（如圖1）。



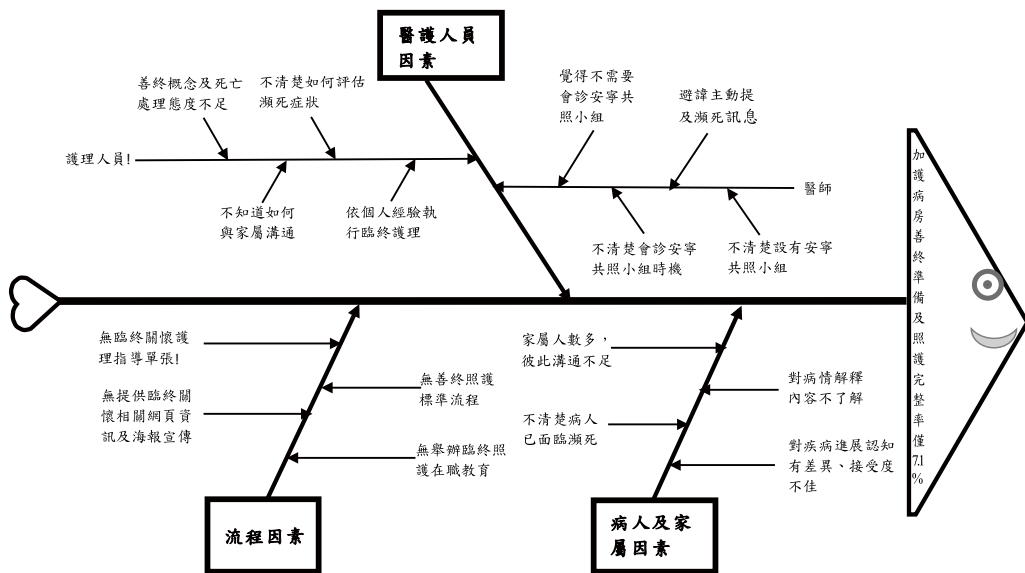


圖1. 特性要因圖

2. 問題及導因確立

專案小組依特性要因圖，確立導致善終準備及照護不完整的原因：善終概念及死亡處理態度不足、無善終相關護理指導單張、善終末期照護溝通技巧不足、不了解安寧共照小組及無善終照護標準流程。

3. 專案目的

因目前加護病房善終照護完整率缺少文獻或標竿學習參考值，因此依照80/20法則，設定改善幅度為 $(100\% - \text{現況值}7.1\%) * \text{可改善要因重點}80\% * \text{改善能力}80\% = 59.4\%$ 。目標值=現況值+改善值 $=7.1\% + 59.4\% = 66.5\%$ 。經小組討論後設定加護病房善終準備及照護完整率目標值訂為70%。

2. 文獻探討

2.1 善終照護定義及重要性

加護病房醫護人員面對生命末期病人應重視身體、心理、靈性及社會之善終，其鑑定性特徵包括（一）沒有痛苦及症狀困擾，（二）時間做好準備、有機會向所愛的人告別，（三）對死亡已有準備且生命不會無意義延長，（四）有機會決定生命末期的照護，並符合個人宗教信仰選擇死亡場所（馬瑞菊、蔡惠貞，2012；Haishan, Hongjuan, Tieying, and Xuemei, 2015）；國外學者亦提出滿足臨終病人舒適、被尊重、重要家屬在身邊及平和的需要，是善終的一部份（Lee, 2009），因此當加護病房的病人，面對無法治癒的疾病末期



時，安寧緩和醫療的介入可使病人在疾病過程中能獲得舒適、減少症狀痛苦，並且尊嚴的死亡，讓病人生命末期在舒適與平靜下面臨死亡的到來（Dunn and Mosenthal, 2007）。

2.2 臨終病人照護之需求

然而醫護人員雖有其專業素養及臨床經驗，但對臨終前不同病人的各種情況，若缺乏一套思考流程可能會有遺漏，故單位設置臨終照護標準作業手冊是必需的（馬瑞菊、蔡惠貞，2013），可將進入瀕死狀態的評估指標及處置詳細列出，如病人臨終的徵象包括意識改變、嗜睡、人時地混淆、吞嚥困難、大小便失禁、少尿或無尿及瀕死呼吸嘎嘎音等，而這些觀察也可適當的引導家屬瞭解（陳學凌、羅筱芬，2008），並隨時提供家屬情感及喪親的支持，與家屬溝通並共同決策，且彈性開放會客時間及提供獨立空間讓家屬陪伴臨終病人（Puntillo and McAdam, 2006），鼓勵適度表達悲傷情緒，告知喪葬流程及死亡診斷書的取得，並收集各宗教不同的殯葬資訊讓家屬對至親往生有所準備，但由於加護病房醫療人員與家屬接觸的時間非常少，建議透過來自不同專業整合性的支持來協助家屬，以團隊合作方式進行，提供更完整的服務（古雅如等，2013；馬瑞菊、蔡惠貞，2013）。對於加護病房生命末期之照護，除了設置臨終照護標準作業手冊外，溝通亦為此時照護的關鍵因素，包括正式的家庭會議與床邊的溝通，透過醫療團隊與家屬或病人的溝通可進一步了解病人所期望的治療方式及不希望承受的痛苦為何，有助於病人獲得最佳的照護品質（許煌汶，2009；Dunn and Mosenthal, 2007；Puntillo and McAdam, 2006）。

2.3 提升善終照護品質

國外研究指出，超過半數的醫護人員認為對於末期照護議題的溝通訓練不足，是末期照護的障礙之一（Puntillo and McAdam, 2006），臨床教育是增進加護病房護理人員提升瀕死期照護知識與能力最佳方式，建議加護病房醫護人員定期接受溝通技巧、瀕死症狀、病人及家屬情緒支持與悲傷輔導等在職教育訓練，且定期舉辦個案討論會（許煌汶，2009），集合照護團隊將個案的相關照護問題及計畫說出並討論，達成照護目標的共識。醫護人員在獲得適當的教育及足夠的支持系統可以讓自己照護瀕死病人與家屬的能力與日俱增，亦提供更高品質的瀕死期照護（Espinosa, et al., 2010）。

3. 研究方法

專案小組依據現況分析、問題確立及文獻查證後，提出解決方案與辦法，再依據可行性、重要性及小組能力進行對策評價，依決策矩陣分析，選定72分以上為採行對策（如表2）。



表2. 決策矩陣分析表

解決方案及執行方法	評價				選定
	可行性	重要性	小組能力	總分	
一、加強醫護人員對善終準備相關教育訓練					
舉辦善終準備及死亡處理態度教育訓練	38	32	34	104	*
舉辦瀕死症狀教育訓練	36	32	30	96	*
定期舉辦案例討論會	36	20	32	88	*
二、制定臨終關懷護理指導					
制定臨終關懷衛教單張及宣傳海報	40	28	34	102	*
提供臨終關懷相關網頁資訊	34	22	34	90	*
製作臨終關懷相關影片	26	20	22	68	
三、提升醫護人員善終末期照護溝通技巧					
舉辦溝通教育訓練	36	32	32	100	*
製作溝通語錄或影片	32	20	30	82	*
召開家庭會議	30	18	24	72	*
設計活動-情境劇	24	14	20	58	
四、加強會診安寧共照					
宣導共照小組功能	30	30	28	88	*
建立提醒醫師會診機制，納入善終標準規範					
五、制定善終準備核對表填寫流程及範例					
建立善終準備核對表填寫監測制度	30	32	30	92	*
建立善終準備核對表填寫流程	36	32	30	98	*
制定填寫範例	32	30	32	94	*
六、制定善終照護標準流程					
制定善終準備標準流程包含撤除維生醫療程序	36	32	28	96	*

3.1 執行過程

專案執行時間為2015年5月1日至8月31日，分成計畫期、執行期及評值期三個階段進行，工作計畫表如表3。

表3. 工作計畫甘特圖

措施	2015年							
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	
計畫期								
1. 擬定工作進度	■							
2. 規劃善終準備及溝通教育訓練	■							
3. 制定臨終關懷護理指導及宣傳海報	■							



措施	2015年										
	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月				
4. 提升醫護人員善終末期照護溝通技巧	■										
5. 宣傳安寧共照小組	■										
6. 制定善終照護標準程序包含撤除維生醫療程序	■										
7. 建立稽核制度	■										
執行期											
1. 宣導專案		■	■	■							
2. 舉辦善終準備及溝通教育訓練		■	■	■	■						
3. 定期舉辦案例討論會			■	■	■						
4. 製作溝通語錄		■	■								
5. 宣導召開家庭會議及會診安寧共照之重要性			■	■	■						
評值期											
1. 評值執行成效		■	■	■	■						
2. 結果分析與改進					■	■	■				

3.1.1 計畫期：2015年5月1日至5月31日

- (一) 擬定工作進度：專案小組於5月1日至5月8日共召開2次會議，擬定工作計畫表。
- (二) 規劃善終準備及溝通教育訓練：專案小組邀請院外講師主講課程內容，預計舉辦善終準備及溝通教育訓練共5場。
- (三) 制定臨終關懷護理指導及宣傳海報：專案小組根據文獻查證內容制定臨終關懷護理指導及宣傳海報，內容包含：臨終前的準備、瀕死症狀、臨終時的護理、往生後注意事項、相關網頁及諮詢電話。
- (四) 提升醫護人員善終末期照護溝通技巧：購買安寧緩和護理學會出版品—[善終善別善生]，DVD內容包含四部影片，分別為：「安寧療護生生世世-阿嬤的笑容」、「急救不急救-我要善終」、「贏得身體舒適與生命尊嚴的安寧療護」、「如何說再見-四道人生」及影片宣導小冊乙本，供日後新人教學使用。
- (五) 宣導安寧共照小組：專案小組安排加護病房主任及醫事組組長，於病房主任會議及全院性業務會議宣導共照小組之任務及功能。
- (六) 制定善終照護標準程序包含撤除維生醫療程序：明訂善終照護標準程序，包含撤除維生醫療程序及制定善終準備核對表填寫範例，於病房會議時宣導執行。



- (七) 建立稽核制度：擬定每月5日以前由專案小組組員一名進行「善終準備核對表」完整率之查核。

3.1.2 執行期：2015年6月1日至8月31日

- (一) 宣導專案：專案小組於6月5日及7月3日病房會議說明現況問題及專案目的，並宣導善終照護標準程序包含撤除維生醫療程序，說明善終準備重要性、善終準備核對表書寫範例及臨終關懷護理指導內容，強調於DNR簽署後啟動流程，加深人員印象，並將制作好的重症末期定義及臨終抉擇海報張貼於衛教看板走廊以達宣傳效果（見圖2）；於6月29日開始執行，並將流程及單張整理成資料夾置於單位護理站供同仁隨時查閱，內容包含十大疾病末期收案條件、撤除維生醫療查檢表各類同意書及臨終關懷標準流程。2015年7月，有2位家屬重覆詢問「臨終關懷護理指導」單張中，有關如何陪伴病人之內容，故專案小組予修正單張內容，且新增圖片以符合家屬需求。

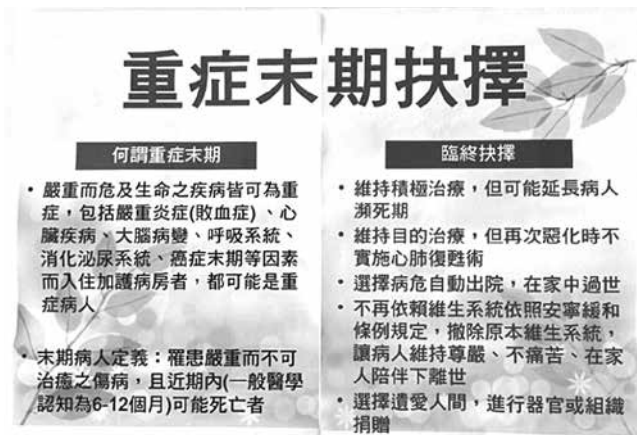


圖2. 臨終抉擇海報

- (二) 舉辦善終準備及溝通教育訓練：專案小組於6月11日舉辦瀕死症狀之課程，參加人數20位，課程後測成績為100分；於6月18日舉辦預約善終之課程，參加人數19位，課程後測成績為100分；於7月9日舉辦急重症安寧療護及急重症安寧現況案例討論教育訓練，參加人數20位，課程後測成績為100分；於7月24日舉辦急重症病人撤除維生系統暨安寧經驗分享，參加人數18位，課程後測成績為100分；於8月3日舉辦悲傷輔導與實用臨終禮儀課程，參加人數21位，課程後測成績為100分。經以上教育訓練課程（見圖3、圖4）滿二個月後，再次調查同仁善終概念及死亡處理態度，善終概念得分由169.9進步為176.5，死亡處理態度得分由125.4進步為147.7；死亡處理態度進步較多，統計呈顯著差異 ($p = 0.015, n = 18$)。





圖3. 教育訓練上課情形



圖4. 教育訓練上課情形

- (三) 定期舉辦案例討論會：分別於7月13日及8月10日舉辦倫理案例討論會（見圖5），針對收案病人於加護病房討論室舉辦案例討論會，討論及分享照護過程中所遇到的困境及解決方法，除上班同仁外，其餘人員皆出席，出席率100%。



圖5. 倫理案例討論會情形



- (四) 製作溝通語錄：專案小組於6月22日至6月29日調查人員在簽署DNR過程中常被問到的問題，經專案小組成員文獻查證及開會討論後發展出應對流程Q&A，將其製作成溝通語錄（見圖6）供新進人員參考，並將其列入新人學習護照第一年新進人員訓練（三個月內）中的人文素養：有效溝通-醫護溝通項目，本單位2015年6月份後到職新進人員有4位，使用率100%。

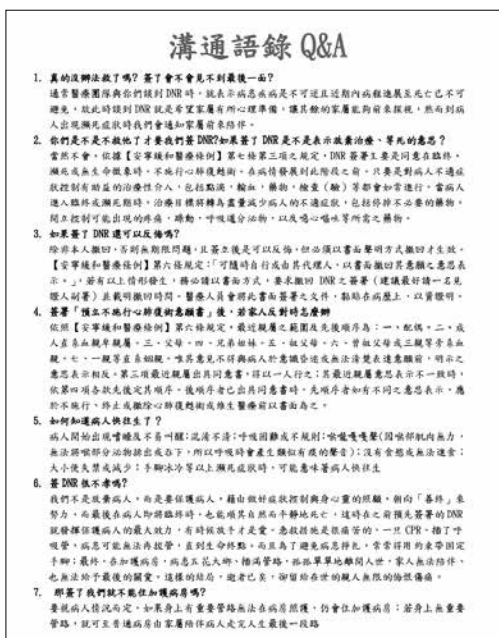


圖6. 溝通語錄 Q&A

- (五) 宣導召開家庭會議及會診安寧共照小組之重要性：專案小組於7月30日病房主任會議宣導召開家庭會議及會診共照小組之重要性，於7月23日及8月27日全院性業務會議，由醫事組組長宣導安寧緩和醫療諮詢可召開家庭會議協商及宣導共照小組功能，並製作提示標語置放病歷封面（見圖七），使主治醫師查房時清楚可見。9至11月期間共2位個案順利召開家庭會議，其中一例為撤除維生系統之個案；9至11月共有3位會診安寧共照小組。於2015年10月底，因病房治療吵雜以及會議中醫師可能被打擾等等困擾，故將家庭會議地點由病房內討論室，改至同樓層會議室，以獲更佳的會議品質。





圖7. 病歷提示標語

(六) 定期稽核制度：每月5日前由專案小組組員一名進行「善終準備核對表」完整率之查核。

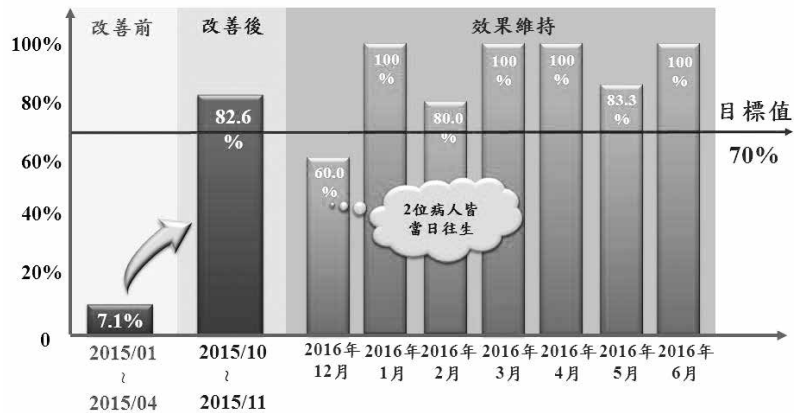
3.1.3 評值期：

專案小組以查閱回收之「善終準備核對表」，以統計善終準備及照護完整率，結果顯示完整率提升為82.6%。因成效良好列入標準化，修訂簽署DNR流程圖及訂定S-ICU4005善終照護標準程序包含撤除維生醫療程序。

4. 結果

加護病房善終準備及照護完整率由專案進行前的7.1% (2/28) 提升至82.6% (19/23)，達本專案所設定的70%目標，附帶成效為家屬對加護病房服務總滿意度由2015年上半年87.9%提升至2015年下半年94.9%，且持續統計2015年12月至2016年6月為止，善終準備及照護完整率為89%，仍高於目標值70% (如圖八)；其中12月有2位病人在入住加護病房後當班往生，因時間過於匆促，故無法即時完成善終照護。經由舉辦教育訓練有效提高加護病房醫護人員的認知；制定臨終關懷護理指導單張使家屬對至親往生有所準備；會診共照小組及召開家庭會議討論病情及治療計畫，達成共識與解決問題；制定善終照護標準程序包含撤除維生醫療程序，使同仁能有效確實執行相關護理措施，進而提升加護病房善終準備及照護完整率，促進護理專業品質。





圖八. 效果維持

5. 討論與結論

本專案經由善終準備執行狀況的調查，發現單位內缺少臨終關懷護理指導單張及標準程序包含撤除維生醫療程序，加上醫護人員善終概念及死亡處理態度不足，且不了解安寧共照小組以及缺乏善終末期照護溝通技巧，導致加護病房善終準備及照護完整率偏低，使病人很難在加護病房有尊嚴的善終，引此引發專案小組推動此專案動機。專案小組於執行期間曾有醫師表示對向家屬說放手感到困難，且配合意願低，此為本專案進行過程所遭遇之阻力，經組員深入了解後發現主要為醫師擔心潛在的醫療糾紛，而傾向站在積極治療的角度，針對此困境，小組成員透過召開家庭會議，邀請家屬、相關醫師、護理師及社工共同參與討論取得共識，不但減輕醫師在病情說明的壓力，也能讓病人及家屬對於死亡能有所準備。

在問題解決過程中最大的助力是充分發揮團隊合作的精神，透過全院性的宣導家庭會議及會診安寧共照小組，以及共同制定善終照護標準程序包含撤除維生醫療程序，使同仁在執行上能有所依循，再加上教育訓練的推動，提升醫護人員的認知，使其有能力提供正確資訊及提升照護能力，進而大幅提高加護病房善終準備及照護完整率，此與Espinosa的研究結果相同（Espinosa et al., 2010）。

臨床護理人員對支持和傾聽的技巧是生疏的，在護理養成教育中既沒有專門的課程，技巧亦與個人年資及歷練相關，如果能在學校及到職訓練後的專業訓練中常規納入，可確保每位護理人員熟練運用。

加護病房病人因疾病進展迅速、照護時間短等因素，無法即時完成善終照護，實為本專案之限制，故建議善終照護應及早從急門診開始推動進行，會有更充裕的時間讓病人及家屬做準備。另一方面，要能持續追蹤家屬與病人的互動情形，在此過程中將困難點提出討論，將更能助於照護品質的提升。



參考文獻

- [1] 古雅如、蔡惠貞、鄭婉如、古瑞霞、王宗嫻、陳怡卉、馬瑞菊，「提升某醫院加護病房臨終護理之專案初報」，*安寧療護雜誌*，第 18 卷第 2 期，民國 102 年，200-217 頁。
- [2] 胡惠婷，「社工生、師培生與護理生的死亡態度與善終概念之比較研究」，國立中山大學教育研究所碩士論文，民國 101 年。
- [3] 馬瑞菊、蔡惠貞，「善終之概念分析」，*馬偕護理雜誌*，民國 101 年，第 6 卷第 2 期，7-13 頁。
- [4] 馬瑞菊、蔡惠貞，「提供重症善終服務：改善加護病房生命末期照護」，*馬偕護理雜誌*，民國 102 年，第 7 卷，7-13 頁。
- [5] 陳學凌、羅筱芬，「瀕死病人護理」，*內外科護理學第二版*，民國 97 年，1143-1162 頁。
- [6] 許煌汶，「重症加護病房裡生命末期照護的溝通」，*若瑟醫護雜誌*，第 3 卷第 1 期，民國 98 年，16-23 頁。
- [7] 曾煥棠，「生死學課程對護生某些臨終照護行為影響之探討」，*中華心理衛生學刊*，第 12 卷第 2 期，民國 88 年，1-21 頁。
- [8] 蔡翊新、林亞陵、黃勝堅，「重症病患之生命末期照護」，*安寧療護雜誌*，第 12 卷第 3 期，民國 96 年，312-320 頁。
- [9] Dunn, G. P., & Mosenthal, A. C., "Palliative care in the surgical intensive care unit: where least expected, where most needed," *Asian Journal of Surgery*, Vol. 30, 2007, pp. 1-5.
- [10] Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T., "ICU nurses' experiences in providing terminal care," *Critical Care Nursing Quarterly*, Vol. 33, 2010, pp. 273-81.
- [11] Haishan, H., Hongjuan, L., Tieying, Z., & Xuemei, P., "Preference of Chinese general public and healthcare providers for a good death," *Nursing Ethics*, Vol. 22, 2015, pp. 217-27.
- [12] Lee, S. Y., Hung, C. L., Lee, J. H., et al., "Attaining Good End-of-Life Care in Intensive Care Units in Taiwan—The Dilemma And the Strategy," *International Journal of Gerontology*, Vol. 3, 2009, pp. 26-30.
- [13] Mularski, R. A., "Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit," *Critical Care Medicine*, Vol. 34 (Supplement 11), 2006, pp. S309-316.
- [14] Puntillo, K. A., & McAdam, J. L., "Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward," *Critical Care Medicine*, Vol. 34 (Supplement 11), 2006, pp. S332-340.

