

30週年
紀念

看得見的參與

長者晚期病患社區支援服務
“Visible Participation”
Compassionate Community Action

經驗
分享集



2022
7月

Visible
Participation

2025
6月



循道衛理楊震社會服務處
YANG MEMORIAL METHODIST SOCIAL SERVICE

彩虹綜合家居照顧服務
Choi Hung Integrated Home Care Services



本計劃由香港公益金資助
This project is supported by The Community Chest

目錄

序言

一、機構及部門簡介

循道衛理楊震社會服務處成立於一九六七年，是一間多元化的社會福利服務機構，服務類別涵蓋長者、青少年、家庭、復康、社區健康服務等，以「凝聚多元人才，委身社福，成為『社會服務實驗室』，提供創新、專業及多元化的社會服務」為使命，透過不同服務部門及各類專責服務與服務者同行。

1 機構及部門簡介

2 序言	總幹事林俊明先生	1
	楊智恩博士	2
	朱嘉麗醫生	3

3 計劃理念

4 計劃成效	4.1 計劃成效及建議	5 – 14
	4.2 聚焦小組結果	15 – 16

5 介入程序	5.1 開展晚期病患照顧服務的準備	17
	5.2 學習反思	18 – 21
	5.3 執行內容及流程（第一至六節）	22 – 38
	5.4 實證為本研究的推行經驗與反思	39

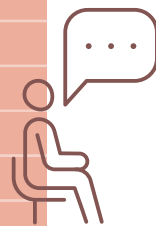
6 輔助活動/協作	6.1 社區教育活動	40
	6.2 護老者支援服務	41
	6.3 義工關懷探訪	42
	6.4 中醫、營養講座及一對一營養諮詢	43
	6.5 節日性活動	44

7 心聲分享	7.1 晚期病患者心聲及護老者心聲	45
	7.2 計劃社工及護士心聲	46 – 47
	7.3 保健員及康健護理員心聲	48

8 未來展望及總結		49 – 50
-----------	--	---------

9 參考資料		51 – 52
--------	--	---------

10 鳴謝



序言一

循道衛理楊震社會服務處 | 總幹事

林俊明

2022年7月，我們開始了機構首個專門為晚期病患長者及其護老者設計的服務計劃《看得見的參與 長者晚期病患社區支援服務》。這個計劃的誕生源於我們對長者及其家庭的深切關懷，旨在提供全人的支持，幫助他們在生命的最後階段獲得尊嚴和安慰。《看得見的參與》通過專業的醫療護理、心理支持和社會服務，為晚期病患長者及其護老者提供一個全面的支持系統。在這段時間裡，我們見證了147個感人的故事，這些故事不僅展示了長者及其家庭的堅韌和愛，也讓我們深刻體會到這項工作的意義和價值。

《看得見的參與》的特色，在於我們將晚期病患照顧服務融入綜合家居照顧服務中，使長者能夠在熟悉的環境中接受照護，減少搬遷和適應新環境的壓力。在計劃的實施過程中，我們不斷學習和改進，根據長者和護老者的需求調整服務內容。我們引入了多專業團隊合作的模式，結合醫療、護理、心理和社會工作等專業的力量，為每一位長者提供個性化的照護方案。此外，我們還開展了多種形式的培訓和支援活動，幫助護老者提升技能，減輕壓力，增強社區的照顧能力。

這本經驗分享集，不僅記錄了我們的工作成果，更希望通過分享這些經驗，啟發更多服務機構和社會大眾，關注和投入到晚期病患長者的服務中。我們相信，只有通過全社會的共同努力，才能真正提供更多選擇，達到持續改善晚期病患長者及其家庭的生活質素的目的。感謝所有參與這個計劃的工作人員、義工、長者及家庭成員，正因為有您們的支持、信任、付出，讓《看得見的參與》能夠走到今天。

鳴謝香港公益金的資助，讓我們獲得資源實現《看得見的參與》的計劃目標。希望這本經驗分享集，能夠帶給讀者啟發和感動，激勵更多人加入到這項有意義的工作，使香港成為長者友善的國際大都會。讓我們攜手並肩，為晚期病患長者及護老者創造一個更美好的未來。



序言

序言二

香港中文大學文學醫學院那打素護理學院
專業顧問 | 楊智恩博士

隨著香港的人口急速老化，改善社區晚期照顧刻不容緩。一項於2019年發佈的本港晚期照顧服務的民意調查報告顯示¹，九成香港市民希望在社區中渡過生命最後階段。然而，公眾人士在社區獲得晚期照顧支援的期望與現實存在顯著的落差，反映現時的社區晚期照顧支援不足。

「以人為本」、「全人關顧」均是晚期照顧的核心。「看得見的參與」是一項創新的社會服務，特別針對在社區居住、患有生命受限疾病的長者提供跨專業的家居照顧服務，好讓患病的長者能在家人的支持下，在熟悉的家居環境中有尊嚴地渡過人生晚期階段。計劃亦特別針對家庭護老者的需要，為護老者提供個人化的全人健康支援，強化他們的照顧知識、技巧及信心，加強與社區的聯繫，提供靈性的支持，以紓緩其照顧的重擔。此外，這個計劃更編定了晚期照顧家居服務守則、為社區照顧團隊提供晚期照顧的培訓，提昇員工心理準備度及晚期照顧的能力。

在設計創新社會服務的同時，循道衛理楊震社會服務處更採用以實證為本框架，設計及評估服務成效，包括以照顧者支援需要評估工具(CSNAT)而製定個人化介入方案、引入跨專業的服務模式、在提供家居照顧服務的同時展開預設照顧計劃的討論、並以晚期患者生活質素作服務指標；祈為複雜的社會問題，提供可行及有效的方案，進一步提昇服務水平。

在過去兩年，此計劃為203個社區照顧工作者提供晚期照顧培訓，服務惠及一百多對晚期長者及護老者。每一個參與家庭都是獨特的，他們不僅是我們的服務對象，更是我們的學習對象。他們的生命故事、照顧歷程，以及使用服務後的分享，都在我們推展新服務時提供了寶貴的意見，是推動晚期社區照顧服務力趨完善的重要一環。我們欣喜看見他們積極的參與！

「看得見的參與」為晚期長者及護老者提供了傳統醫療場所以外的晚期照顧選擇，提昇了他們在晚期照顧的參與度，正正配合政府修例推動晚期照顧發展。期望在不久的將來，更多社區的持份者可以參與其中，一齊為推動社區晚期照顧而努力！為社區照顧帶來新希望！

1. 團結香港基金(2019)《醫社攜手—老有所終》晚期照顧服務的民意調查報告。資料來源：
<https://www.ourhkfoundation.org.hk/en/media/reports>



序言三

香港大學內外全科醫學士 | 澳洲及紐西蘭麻醉科醫學院院士
澳洲及紐西蘭麻醉科醫學院痛症治療科院士 | 香港麻醉科醫學院院士
香港醫學專科學院院士(麻醉科) | 香港麻醉科醫學院疼痛科文憑醫社合作：
全人照護模式下的長者晚期病患社區支援實踐

朱嘉麗 醫生

全人照護強調身、心、社、靈的整體健康。對長者及晚期病患而言，生理疼痛、功能退化問題常與家庭支持不足、經濟壓力及孤獨感等社會因素相互影響。護老者也面臨重大身心壓力，影響照護品質。因此，理想的醫社合作模式應包含「病患全人照護」與「護老者支援」兩大面向。

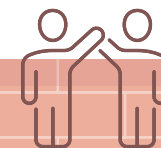
目前的醫社合作主要透過兩種模式推行—患者轉介機制及醫社跨專業團隊協作，前者由醫院將有社會心理需求的病人轉介至社福機構；後者則結合醫生、社工、社區護士、物理治療師等進行跨專業團隊合作，共同制定個人化的照顧計劃。

然而，在實際推行醫社合作的過程中仍面臨不少挑戰。首先是溝通斷層的問題，基於病人私隱的考量，醫療與社福系統之間的資訊無法互通。其次，社區服務資源不足，服務等候時間過長，甚至有些計劃因資源短缺而被迫停辦，影響病人及護老者的持續支援。此外，觀念上的障礙亦不容忽視。部分護老者因強烈的責任感或愧疚感而不願主動尋求協助，使得他們在照顧過程中承受過大壓力卻無法獲得適切支援。在專業層面也存在缺口，目前缺乏針對護老者需求的有效評估工具，使得服務提供者難以準確掌握護老者的壓力與需求，進而影響服務的針對性與成效。最後，服務的片段化亦是一大挑戰。現有的支援往往未能有效整合，導致病人與護老者在不同階段需面對多個機構與流程，缺乏連續性與整體性的照顧體驗。

早期介入在推動晚期病患的社區支援中至關重要。在「看得見的參與」實踐中，社工與社區護士共同參與病患的評估工作，確保居家支援能夠順利推行，讓病人在社區仍能獲得持續且適切的照顧。與楊震合作的經驗亦顯示，透過建立高效的跨專業溝通渠道，可優化整體協作機制。醫生負責病患的症狀管理，社工連結社區資源，社區護士與物理治療師則根據病患的身心狀況制定個人化照護方案，形成「醫療—社會」雙軌支援體系，不僅提升照顧的整合性與效率，也展示了醫院與社區機構深度合作的可能性，成為資源整合與協作的良好示範。

展望未來，醫社合作發展與實踐可從三個方向著手。一是建立共同培訓機制，促進跨領域教育與交流，增強醫護人員對社會資源及服務的了解，並加強社工對晚期病患醫療需求的認識。二是整合社區資源，建立一站式護老者支援服務平台，讓護老者在面對複雜需求時能夠更方便地獲得所需的資訊與服務。三是透過政策倡導，推動政府或慈善團體將醫社合作納入常規資助項目，提升服務的穩定性與持續發展。

醫社合作不僅是服務模式的更新，更是全人照護理念的具體實踐。唯有醫療與社會服務緊密結合，才能真正回應長者及晚期病患並護老者在身、心、社、靈各層面的需求，讓他們在生命晚期階段都能獲得有溫度、有尊嚴的照顧。



計劃理念

計劃理念與初心

隨著香港晚期病患者人數增加，居家安老逐漸普及，許多患者由家人照顧。護老者面臨繁重的照顧工作，缺乏足夠的知識與支援，常感到無助。患者和護老者或會因為病患的關係而減少社區接觸，導致社交圈狹窄，支援網絡薄弱，陷入惡性循環中。

看得見的參與

為打破這個惡性循環，必須令晚期照顧旅程，患者及護老者仍有「參與」的機會。我們希望構建一個恩慈社區（compassionate community），讓親友、鄰里、義工、甚至政策制定者都能看見晚期照顧除了醫療照顧外，亦有被看見的社區參與需要。所以，本計劃會連繫不同的團體義工，了解晚期患者的喜好，設計及陪伴患者及護老者參加能夠配合身體狀況的社區活動。當參與變得可見，照顧便不再是孤單的責任，而是一場有溫度的同行。

建設有溫度的家居照顧服務

「看得見的參與」計劃促進了照顧團隊在心態及技巧上的轉變。我們提升照顧員的知識，打破傳統較偏重以患者為中心及將患者視為被動接受者的框架，提供回應患者及護老者共同需求的支援。例如，對於因電療而進食困難的患者，團隊會與他們商討調整飲食的方案。

此外，照顧員不僅是任務執行者，更是觀察者、傾聽者與同行者。曾經聽過一位照顧員述說，在提供家居清潔時，發現地上滿有患者脫落的頭髮，患者表示自己因化療出現副作用，忙向照顧員表示不好意思，照顧員表示自己當時感到尷尬亦為患者難過，不知應如何回應患者。這個分享讓我們明白，我們的服務對象中有患上晚期病患的患者只會有增無減，照顧員對晚期病患的理解與應對能力須加以提升，否則難以提供真正「以人為本」的照顧。因此，我們透過設計思維（Design Thinking），團隊能更好地理解患者和護老者的需求，與家屬共同設計照顧方案，協助患者走過人生最後一段路。

隨著社會對晚期照顧的關注增加，我們期望透過早期介入和以人為本的設計，我們相信「在家生活到最後一刻」將成為可實現的願景。我們希望這個計劃能推動家居照顧服務從傳統的「以任務為本」轉型為「以家庭為本」，讓患者與家人都能在熟悉的環境中，獲得有尊嚴、有溫度的照顧。

計劃成效

計劃成效

循道衛理楊震社會服務處於2022年7月至2025年6月三年中，在彩虹綜合家居照顧服務推行「看得見的參與」長者晚期病患社區支援計劃。計劃包括提供長者及家庭為本評估、恩慈家居照顧支援、護老者能力提升、義工探訪及社區教育等。

在為期三年的計劃中，楊震共跟進個案147個個案，個案來自患者自行或親友主動提出申請（39.46%）及由社工轉介（47.62%）。患者全部居於九龍東，88.4%居於黃大仙區。我們合共提供1915小時家居照顧服務，涉及受惠的人士共有1740位，（當中包括147位病患者、149位非正規護老者、271位義工、203位職員（康健護理員、保健員、社工、護士、治療師）及24次社區活動（講座/工作坊）、涉及972長者中心會員及社區人士參與。

目標受眾（長者及護老者）基本資料

147個個案中，平均年齡為75歲，女性佔61.2%，患有生存受限疾病的主要類別為癌症（74.8%）、器官衰竭（36.7%）、慢性阻塞性肺病（10.9%），49位長者被診斷為已進入晚期階段。32.65%獨居，45.58%為已婚人士、73.47%具小學或以下教育程度、55.10%領取長者生活津貼、84.35%居於公共屋邨。

149位非正規護老者中，女性約佔三分之二（65.1%），過半數（53.69%）為病患者的子女、約四分之一（26.17%）為病患者的伴侶。接近六成（59.73%）護老者與晚期病患者同住。

成效評估方法

採用以下工具進行前後測比較：

- McGill生活質素問卷（MQOL-HK）（Lo, et al., 2001）
- 生活滿意程度量表（Satisfaction with Life Scale, SWLS）（Wu & Yao, 2006）
- 照顧者支援需要評估工具（Carer Support Needs Assessment Tool, CSNAT）（Ewing et al., 2013）

患者於進入計劃前（前測）及約半年後（後測）進行評估，部分獲邀的護老者則額外參與聚焦小組及問卷調查。

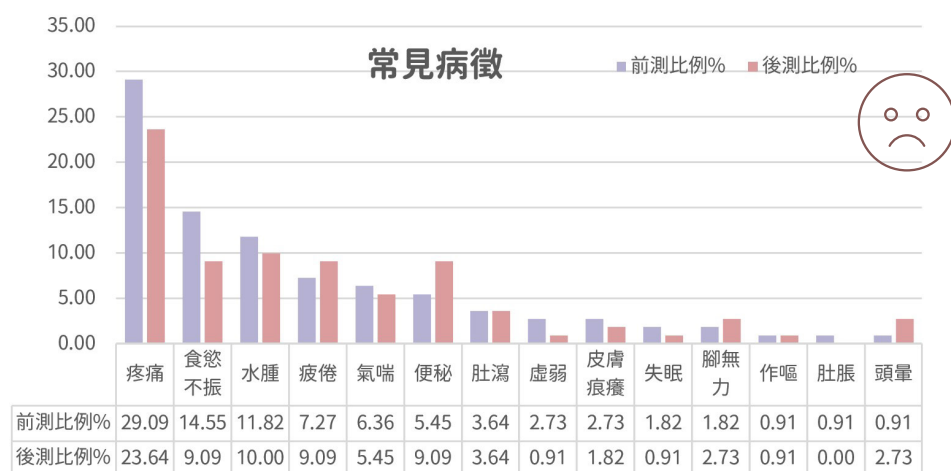


計劃成效

患者服務介入成效結果

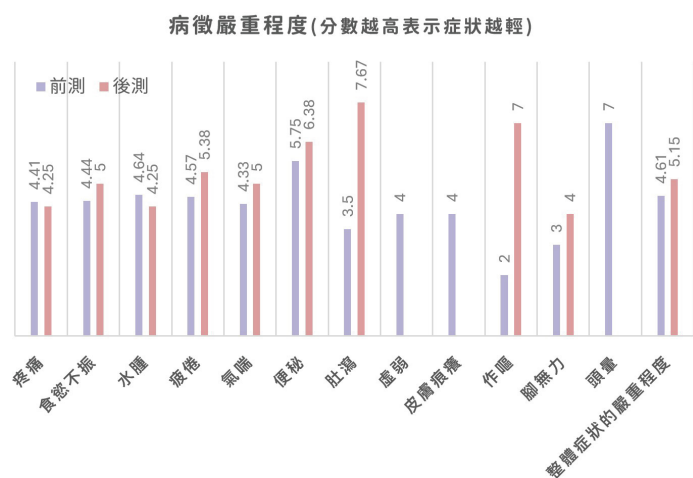
(一) 患者生活質素比較

前測(N=110)共有99人次表達進行前測時有出現不同的病徵，病徵的嚴重程度平均為4.61分，後測共有88人次表達最近有的病徵，病徵的嚴重程度總分平均為5.15(分數越高表示症狀越輕)。前測最常出現的病徵為疼痛(29.1%)、食慾不振(14.5%)及水腫(11.8%)，後測則為疼痛(20.7%)、食慾不振(8.2%)、疲倦(8.2%)、便秘(8.2%)。



圖表一：介入前後的常見病徵

介入後整體出現的主要病徵減少及嚴重程度得以改善。其中，與消化相關的症狀有明顯的改善。疲倦、虛弱與水腫症狀略為減輕，而疼痛症狀改善幅度則最小。



圖表二：在介入前後的平均病徵嚴重程度
註：分數由1至10，越高表示症狀越輕



最常見病徵前後測比較：

	主要徵狀(百分比)			嚴重程度		
	前測	後測	前後測比較	前測	後測	前後測比較
疼痛	29.09	23.64	-8.39	4.41	4.25	-0.16
食慾不振	14.55	9.09	-6.35	4.44	5	+0.56
水腫	11.82	10.00	+0.78	4.64	4.25	-0.39
疲倦	7.27	9.09	+4.22	4.57	5.38	+0.81
便秘	5.45	9.09	+6.04	5.75	6.38	+0.63
整體症狀的嚴重程度(分數越高表示症狀越輕)				4.61	5.15	+0.54

圖表三：最常見病徵前後測比較



最常見病徵及嚴重程度結果有助於了解病人最常見的病徵及其嚴重程度，對於照護策略的調整、資源分配與照顧重點設定非常有幫助及有價值。

在患者的生活質素方面(MQOL-HK)，患者整體生活質素平均分由7.03提升至7.39，當中各個生活質素範疇，包括：身體狀況、心理健康、存在意義、社會支持方面，後測平均分數均有所提昇，唯變化未達顯著水平，其中「心理健康」、「存在意義」及整體生活質素的改善最為明顯，而「身體狀況」及「社會支持」方面的改變則相對較少。

生活質素範疇	前測平均分數	後測平均分數	平均變化
身體狀況	5.88	6.08	+0.2
心理健康	7.54	7.95	+0.41
存在意義	6.86	7.19	+0.33
社會支持	8.06	8.26	+0.2
整體生活質素	5.45	6.29	+0.84
總平均分	7.03	7.39	+0.36

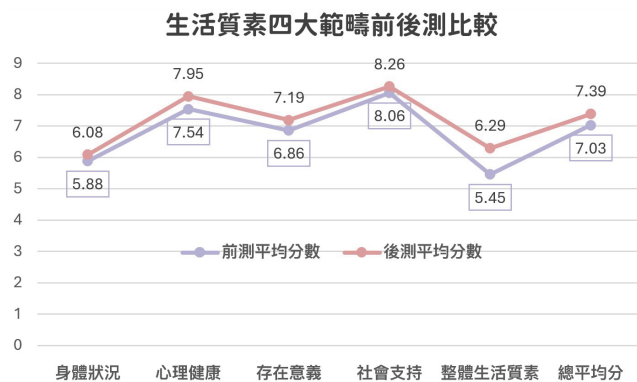
圖表四：生活質素前後測比較



計劃成效



當中以項目三有關憂慮或煩惱、項目十一有關每天的日子好像是重擔及項目十六有關整體生活質素的問題改善最為明顯，平均分變化為0.92、0.50及0.85。



圖表五：生活質素變化四大範疇



護老者服務介入成效結果

(二) 護老者生活滿意度總分比較

根據這份生活滿意程度量表(The satisfaction with life scale; SWLS)的問卷調查結果(N=84)，79.7%的護老者後測比前測的分數有所提昇，前測與後測的平均總分分別為22.04 和 23.17，顯示介入後生活滿意度有顯著提升（平均變化為1.13， $p < 0.001$ ）。

題目	前測平均分數	後測平均分數	平均變化
Q1 在大多數方面，我的生活接近我的理想	4.44	4.74	+0.3
Q2 我的生活條件極好	4.3	4.54	+0.24
Q3 我滿足我的生活	4.65	4.83	+0.18
Q4 一直以來，我已得到了生命中我想得到的重要東西。	4.29	4.51	+0.22
Q5 如果我可以重活一次，我大概不會作出任何改變。	4.36	4.55	+0.19
總分	22.04	23.17	+1.13

圖表六：護老者生活滿意度比較 註：分數由一至七，分數愈高代表愈滿意



介入後生活滿意度總分提升了 1.13 分，且達到高度統計顯著性（ $p < 0.001$ ），顯示介入措施有效提升護老者的生活滿意度。最大提升來自「在大多數方面，我的生活接近我的理想」，「我的生活條件極好」、「我滿足我的生活」等也有顯著提升（ $p < 0.05$ ），且在介入後約12–36週期間最為顯著。

(三) 護老者支援需求

照顧患有生存受限疾病的長者常使護老者面臨重大負擔，唯現有社區支援服務主要聚焦於患者。為解決此問題，循道衛理楊震社會服務處實施了「照顧者支援需要評估工具」The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)的介入，旨在支援社區中的護老者和患者。社工及護士透過網上培訓接受CSNAT的培訓，社工或護士使用CSNAT的介入手法及工具去讓護老者考慮及評估自己的需要，繼而與護老者討論針對性的支援計劃。

在計劃首年曾進行類實驗先導研究—針對患有生存受限疾病的社區居住長者的非正規照顧者，以護老者為本的介入探討照顧自我效能感先導研究(A pilot study on a carer's needs-oriented intervention on the caregiving self-efficacy of informal carers of community-dwelling older people with life-limiting illnesses)，涉及67對護老者和被照顧者，其中28對接受了照顧者支援需要評估工具介入(CSNAT-I)和常規護理，39對僅接受常規護理。研究結果顯示，兩組在整體照顧自我效能方面無顯著差異，但超過60%的實驗組護老者表示自我效能感提高，74.1%的護老者獲得新技能。先導研究的聚焦小組討論強調了多專業合作、持續重新評估及暫託服務的必要性。雖然CSNAT-I模式在支援香港社區的護老者和被照顧者方面已顯示出效用，但仍需進一步驗證和調整，以適應護老者不斷變化的需求。

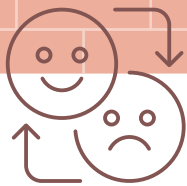
在三年計劃中，我們共為61位護老者進行CSNAT的介入，通過 16 個範疇讓護老者考慮他們的需求。以下是護老者優先考慮並認為需要更多支持和進一步討論的三個最重要領域(N=61)。

1. 在家中或其他地方的實際支援(80.33%)

護老者最迫切的需求是獲得在家中或其他地方的實際支援，反映出他們在日常照顧工作中承受極大的壓力。膳食安排是最常見的壓力來源之一，其他如協助沖涼、轉移患者、陪同覆診等，皆屬於基本照顧技能與資源。由於照顧工作繁重，若缺乏外援支援，護老者容易身心俱疲，影響照顧質素與自身健康。



計劃成效



2. 處理護老者的感受及擔憂 (57.38%)

照顧病重親人的過程中，護老者常經歷情緒上的高低起伏，他們需要空間與方法來談論、理解並接納自己的情緒狀況。有效的情緒支持不僅有助於減輕心理壓力，也能提升護老者的韌性與持續照顧的能力。

3. 在照顧親人時，能知道將來預期會有甚麼事情發生 (52.54%)

護老者希望能掌握病情的發展方向，包括病程預測與預設照顧計劃等資訊，以便作出適當的心理準備與參與照顧決策。這種預期性的資訊能減少護老者的不確定感與焦慮，並提升他們在照顧過程中的掌控感。

討論

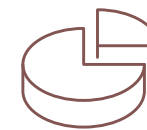
本計劃透過多元介入措施，包括長者及家庭為本評估、CSNAT工具、恩慈家居照顧、照顧者能力提昇、義工探訪及社區教育及護老者支援等，有助提升患者的生活質素及照顧者的生活滿意度。

患者在介入後常見病徵如便秘、疲倦、食慾不振等均有改善，整體症狀嚴重程度平均分由4.61提升至5.15，顯示症狀有所緩解。最常見病徵及嚴重程度的結果有助於了解病人最常見的病徵及其嚴重程度，對於照護策略的調整、資源分配與照護重點設定非常有幫助及有價值。根據香港的跨文化驗證研究(MQOL-HK) (Zhoc, K., 2001)，研究確認MQOL的四大範疇——身體、心理、存在意義與社會支持——在華人文化中同樣適用，並指出「存在意義」是預測整體生活質素重要的因素。本計劃結果顯示，患者整體生活質素平均分由5.45提升至6.29、生活質素四大範疇中「心理健康」與「存在意義」的改善最為明顯，反映介入有助改善身體狀況及提升病患的心理與精神層面、主觀幸福感與生活意義感。MQOL-HK文獻中指出的「存在意義」在華人文化中的重要性一致。

護老者方面，生活滿意度總分由22.04提升至23.17，達統計顯著性 ($p < 0.001$)，顯示介入措施有效。最顯著的改善來自「生活接近理想」與「生活條件極好」等項目，反映護老者在接受支援後，對生活的掌控感與滿足感有所提升，有效改善護老者的主觀幸福

感。本計劃中，護老者在「生活接近理想」、「生活條件極好」及「滿足生活」等項目均有顯著提升，與研究指出(Wu, C.-h., & Yao, G, 2006, García-Castro, F. J, 2021)，SWLS與社會支持、心理穩定性之間的正向關係相符。

本計劃有關護老者評估及支援的結果與過往CSNAT相關研究一致。先導研究指出，雖然整體照顧自我效能未達顯著差異，但超過60%的照顧者表示自我效能感提升，74.1%獲得新技能，顯示CSNAT介入具潛在效益 (Chan et al., 2021)。本計劃進一步印證了CSNAT在香港社區的可行性與成效，尤其在實際支援、處理感受及預期病程三大範疇中，照顧者表達出高度需求，與國際研究中照顧者對處理感受及預期病程的壓力來源相符 (Ewing et al., 2013)。



可能的限制與誤差

(一) 樣本代表性不足

本計劃目標受眾主要集中在九龍東，尤其是黃大仙區，可能導致結果偏向該地區的社會、文化及醫療資源背景。此地理集中性可能忽略其他地區的護老者在資源可及性、社區支援、文化觀念等方面的差異，從而影響研究的普遍性與外推能力。此外，計劃強調「及早介入」，並排除了認知障礙症患者，亦可能限制研究對不同病患群體的適用性。

(二) 患者病情及階段資料不足

由於個案主要透過自行申請或社工轉介，缺乏系統性病情及階段的記錄。即使獲得患者同意查閱其醫健通資料，該平台所提供的資訊仍有限，難以全面掌握患者的臨床狀況，從而影響介入措施的針對性與研究分析的深度。

(三) 評估工具理解困難

部分長者可能因教育程度、語言能力或認知功能限制，對評估工具內容理解不足，導致未能回答、回答偏差或不一致。尤其是涉及抽象概念（如生命意義、價值感等）可能難以準確表達，影響評估結果的信度與效度。

計劃成效

(四) 護老者負擔影響參與度

護老者往往身兼多職，既要照顧患者，又可能需兼顧工作及家庭責任，導致身心疲憊。這種高負荷狀態可能使他們對計劃介入（如定期訪問、問卷填寫）感到抗拒或無力參與，從而影響樣本的回應率與資料的代表性。更重要的是，這些未能參與的護老者可能正是負擔最重、最需要支援的一群。

(五) 介入時間限制

部分患者進入計劃時已進入晚期階段，其身體狀況及照顧需要變化迅速，導致介入時間不一，難以套用統一的介入週期，進一步增加了研究設計的複雜性。

雖然結果顯示介入後12至36週為照顧者最能感受到支援成效的時期，但由於缺乏長期追蹤，無法全面評估介入措施的持續效益與長期影響，限制了政策建議的深度與準確性。

(六) 社區教育及推廣不足

社區人士對晚期病患的認識仍然不足，影響義工招募及其長期穩定參與。即使接受培訓，部分義工對生死關懷工作仍存有忌諱，未必願意投入相關服務，限制了社區支援網絡的建立與擴展。

(七) 小組形式的護老者培訓的挑戰

最需要照顧培訓的護老者往往照顧病情較嚴重的患者，因無法安心離開患者身邊，導致未能參與小組形式的培訓活動。這限制了介入措施的覆蓋面與成效，亦反映出在職照顧者支援模式需更具彈性與個別化。



結論與建議

(一) 強化以護老者為本的家居支援服務及實際協助 C — Caregiver-Centered Support

護老者最迫切的需求為「實際支援」，因此，提供定期的家居支援服務能有效減輕其負擔。固有的家居照顧服務模式可能未能完全滿足患者及護老者多樣化的需求，建議根據病情進展靈活調整服務內容，並探索具彈性及個別化的介入策略，以提升照顧質素。此外，建議家居支援隊中建立快速轉介及輪候機制，讓護老者在面對突發困難時能即時獲得所需的支援，提升服務的回應性與效率。



(二) 回應患者的營養需要 O — Optimal Nutrition Planning

晚期病患的營養需求具有個別性，應根據其病情、飲食習慣及營養狀況，提供度身訂造的膳食安排，如度身訂造高蛋白餐膳，不僅有助於改善患者的身體狀況，也能減輕護老者在膳食準備上的壓力及心理負擔。

(三) 加強護老者教育與訓練 M — Multilevel Caregiver Education

對正規護老者(如家居支援隊的職員)，應持續提供對晚期病患的認識、照顧技巧跨專業培訓、討論預設照顧計劃(ACP)技巧等，並定期進行實務交流，營造互助及專業的照顧氛圍。

對非正規護老者，建議由社工或護士提供一對一及小組形式兼備的教育與訓練，內容包括病程資訊、症狀處理指導、簡易運動教學及照顧技巧(如扶抱、推輪椅、失禁護理)等。

(四) 推動預設照顧計劃 P — Proactive Advance Care Planning

建議家居支援隊社工或護士主動與患者及護老者進行預設照顧計劃(ACP)討論，協助他們在心理及實務層面作好準備。透過早期介入與持續溝通，提升患者及護老者的心理承受力與決策參與度，促進照顧安排的清晰與一致性。



(五) 加強心理情緒與社交支援 A — Affective & Social Support

患病過程中，患者與護老者常面對長期壓力，情緒與心理健康不容忽視，建議家居支援隊社工提供心理輔導服務，並以一對一及小組形式兼備的情緒支援，協助他們紓解壓力、獲得情感支持。同時，鼓勵患者與護老者共同或分開參與社交活動，維持社交互動與生活品質，建立同路人網絡，促進互相理解與支持。

計劃成效



(六) 靈性與生命意義支援 S — Spiritual & Existential Support

晚期患者在面對生命終結時，常會出現靈性痛苦與存在焦慮，包括對死亡的恐懼、對未完成事物的遺憾、以及對生命意義的疑問。這些情緒不僅影響患者的心理狀態，也可能加重身體症狀的嚴重程度。因此，照顧團隊應主動介入，提供靈性與生命意義的支援，不僅回應患者的深層需求，也有助於護老者在照顧過程中找到意義與力量，使他們在生命旅程的最後階段獲得安慰與圓滿。

(七) 建立跨專業協作平台 S — Synergistic Interdisciplinary Collaboration

跨專業團隊(如社工、護士、治療師)在計劃中展現出良好的協作效益，未來應制度化此合作模式，設立定期評估與回顧機制，促進資訊交流與個案討論，並舉行家庭會議，由跨專業團隊與病患者及照顧者共同參與，促進溝通、釐清照顧目標與角色分工，提升照顧者的參與感與信心。確保介入措施具持續性與回應性。建立統一的個案紀錄系統，促進不同專業之間的資訊共享，減少重複評估與溝通落差，提升照顧效率與服務連貫性。

本計劃透過 CSNAT 工具及多元介入措施，有效識別護老者的支援需要，並提升其生活滿意度與自我效能感，進一步鞏固以護老者為本的晚期病患照顧介入理論基礎，這顯示以護老者為本的介入模式在本地社區具高度可行性。計劃結果顯示，護老者在實際支援、處理感受及預期病程三大範疇表達出高度需求，建議照顧團隊應主動與患者及護老者進行 ACP 討論，提供病程發展資訊，協助他們作好心理與實務準備，減少照顧過程中的不確定性與焦慮。

鑑於介入措施能提升患者生活質素及護老者生活滿意度與主觀幸福感，建議將此模式納入常規服務流程，未來亦可設計延伸活動以維持介入成效，以建立更具持續性與回應性的護老者支援系統。

聚焦小組結果

護老者的心聲：
晚期病患照顧的訪問分享

於2025年6月25日，我們邀請了四位護老者進行訪談，探討香港公益金「看得見的參與」長者晚期病患社區支援服務計劃的成效。此次訪談旨在深入了解護老者對晚期病患照顧服務的看法與經驗。

受訪者背景

性別：全部為女士

角色：主要照顧者

年齡：三位全職照顧者平均年齡75歲，一位在職照顧者60歲



1. 基本服務滿意度

- **互助小組的價值：**護老者強調參與互助小組的意義，認為這些活動讓他們感到彼此的支持，減輕了孤獨感。「落黎中心大家傾下計，大家同病相憐，互相吐苦，令心境有轉變。」這種共鳴感不僅提供了情感支持，也讓他們在分享中找到解決問題的靈感。
- **外出活動的支持：**護老者提到，中心組織的外出活動讓他們有機會放鬆心情，並獲得必要的休息。「有同事陪同，自己不用咁辛苦，比照顧者輕鬆一日，抖一抖。」這樣的安排不僅減輕了他們的負擔，還增強了他們的生活質量。
- **交通便利性：**對於交通問題，護老者感謝中心能夠安排復康巴，方便他們上下輪椅，這大大提高了他們的外出機會。「外出搭車不方便，但有復康巴的安排，真的讓我們感受到照顧的用心。」
- **專業的團隊支持：**護老者對社工、護士及照顧員表示讚賞，認為他們的回應及時且具耐心，讓他們感到非常放心。「團隊的專業性讓我感到安心，能夠隨時得到幫助，這對我來說極為重要。」

情緒支援的重要性

- 護老者一致認為，外出活動對於情緒支援至關重要。他們表示，參加活動後，心情變得更加積極。「多參加活動，心情及情緒都好很多，這讓我感受到生活的希望。」



計劃成效

2. 生死教育與預設照顧計劃

- **生死教育的接觸：**一些護老者透過參觀殯儀館和參加生死教育活動，開始討論生命和死亡的主題。他們認為這有助於打開患者的心扉，讓他們能夠表達自己的心願和感謝。「這些活動讓我們能夠自由表達，雖然主動討論醫療指示還是要看每個人的心理準備。」
- **預設醫療指示的認識：**有兩位護老者表示曾聽說過預設醫療指示的概念，認為這可以幫助家人了解病人的心意。但另兩位則未曾接觸過這個話題，他們一致認為中心可以在這方面作為重要的橋樑，促進更深入的討論。「我們希望能有更多的機會來探討這些敏感的話題。」



3. 服務可加強的地方

- **情緒支援深化：**護老者建議應該舉辦更多的情緒支援小組，讓大家有機會互相分享和勉勵。「我們希望能有更多的機會聚在一起，分享彼此的經歷和感受，這對我們的心理健康非常重要。」
- **生死教育普及：**他們希望生死教育能以更生活化的方式進行，例如透過生命回憶錄的寫作和預設醫療指示的諮詢，讓這些話題能夠更自然地進入日常生活。「這樣的方式會讓我們更容易接受和理解。」
- **增加服務頻次：**護老者呼籲能增加服務的頻率，例如簡單的運動和家居清潔服務，讓他們的生活質量能夠進一步提升。「如果能每星期都有運動和清潔服務，那會讓我們的生活變得更加舒適。」



這些心聲反映了護老者在照顧晚期病患過程中的真實感受與需求。他們渴望得到更多的情感支持、資源和教育，並希望能夠在這條艱辛的道路上感受到更多的關懷與理解。通過這些深入的分享，機構可針對護老者的需求進行優化，提升服務質量。

介入程序



開展晚期病患照顧服務的準備

開展晚期病患照顧服務需要全體職員共同探索服務模式，明確需求與急迫性。因此我們組織了8位職員的聚焦小組討論，並收集了101位長者服務部職員的問卷，以了解他們的想法、擔憂及培訓需求。

聚焦小組的發現



重要性與價值：職員認為，對於展開晚期照顧的態度應該是自然、非刻意的過程，應鼓勵長者表達對死亡的想法，特別是獨居長者，他們在安排後事時需要更多支持，工作員可作為橋樑，促進家庭成員之間的溝通。

可預見的困難與挑戰：在實施晚期照顧時，康健護理員面臨多種挑戰。首先，由於服務時間有限，未必有充分的時間進行詳細的傾談。若長者希望打開這方面的話題，康健護理員應轉告相關的社工或同團隊以獲得支持。此外，服務的連貫性也非常重要，建議由固定的護理員提供服務，以增強彼此的信任感。

培訓需求與支持：建議職員接受針對緊急情況及情緒支持的專業訓練，以提高突發應變能力。社工應協調護老者期望，減輕康健護理員壓力，提升工作滿意度。

收集意見與培訓內容：我們向長者服務部職員分享服務需求與遠景，強調早期介入與計劃的重要性。問卷顯示，超過一半的職員認為死亡是必然，能坦然面對。他們希望接受進一步培訓，特別是在患者及家人心靈需求、溝通技巧和護理技巧等方面。



無論是聚焦小組還是問卷調查的結果，職員普遍支持擴展晚期病患的家居服務，認為清晰的指導與培訓能提升信心。早期介入及規劃對提高長者生活質量至關重要，應讓長者參與照顧計劃，與跨專業團隊共同商討。

家居晚期病患服務充滿挑戰，但透過加強溝通、支持與培訓，我們能更好地滿足長者的需求，提升他們的生活質量，讓他們以尊嚴與安心的方式迎接生命的終結。

介入程序

學習反思

社會工作員 劉裕嫻

中國文化對死亡視為敏感及忌諱的話題，每次與長者提起死亡都不自覺地嘴軟，或是遊了一大圈才可說出少許。經過多次培訓，不僅是幫忙服務使用者面對死亡，更是工作員對自身生命觀的探索，學習接納死亡是人生的一站。

初次接觸晚期病患者會擔心對話內容會觸碰霉頭，想不到大部分患者都持放開態度討論死亡的話題，原來真正恐懼是來至患者的無助及家人的悲傷，起初會想盡所有的安慰說話擠滿對話的空隙，帶走傷感的氛圍，但慢慢發現聆聽及陪伴是好的止痛藥，然後與他們一同計劃生前的安排，坦然面對死亡。

在生死教育過程中，充滿許多的無助、無奈及掙扎，亦反思到自身的生命觀才是影響生死教育推行的關鍵。

社會工作員 程俏雯

最初對安寧服務完全無概念，感覺與一般上門家居照顧服務無異，經過培訓後得悉晚期照顧是關顧人的身、心、社、靈，而我最深印象是如何與案主談論死亡。

很記得第一次與案主談死亡時自己都感到害怕及無信心，因為本身亦未能接受死亡，又如何與案主談論呢？當中亦收過不少長者回應：身後事交由子女安排、我很害怕死亡或突然轉話題及減少回應，願意談論死亡的長者不算多。所以談論死亡最緊要是捉緊時機。



社會工作員 陳育琪

經過三堂生命足跡-生死教育工作坊後，我對死亡及自我照顧有了更深刻的體會。在面對死亡工作時，必須清楚了解這份工作的本質，我們無法改變死亡的事實，但能為服務使用者及家屬帶來一絲安慰，這就是最大的價值。我學會重視過程中的改變，而非執著於最後的結果，並從中尋找滿足與快樂。

面對死亡時，必須接納自己的有限性，一直以來我都希望自己能為困境中的人提供實質的幫助，甚至希望能改變結果。這種執念有時反而讓自己背負了過大的壓力，甚至感到挫敗。

在課堂中探討了臨終關懷與善終照顧的實踐意義，強調建立信任關係、陪伴渡過哀傷過程，協助整理他們情緒與思緒是十分重要。我也明白到自我照顧是面對生命教育工作中不可忽視的一環。無論是在面對困難的情境還是幫助他人時，都需要保持良好的身心狀態，才能更有效地支持服務使用者。

社會工作員 葉楚儀

在臨終長者照顧護理的課程中，我學到了許多關於如何以尊嚴和同理心來支持長者及其家人的知識。課堂上，我們探討了疼痛管理、情緒支持和溝通技巧，這些都是在臨終階段至關重要的技能。

疼痛管理的概念讓我意識到，適當的藥物及非藥物療法能顯著提升長者的生活質量。我學會了如何評估疼痛的程度及其對日常生活的影響，這將幫助我在日後的上門服務中制定更有效的照顧計劃。其次，課程強調了情緒支持的重要性。許多長者在臨終階段會感到孤獨或焦慮，因此，我需要學會傾聽他們的需求，並提供適當的情感支持。這不僅能幫助他們面對生命的終結，還能讓他們感受到關懷和尊重。良好的溝通技巧是建立信任關係的基礎。我意識到，使用簡單明瞭的語言，並保持眼神接觸，能讓長者感到安心。我將把這些課堂上學到的知識和技巧，應用於未來的實踐中，以提升我的護理服務質量，確保每位長者在最後的旅程中都能得到充分的尊重和關愛。

介入程序

服務經理 劉啟新

預設照顧計劃（ACP）培訓深入探討了如何協助個案及早自主地做出符合其意願的照顧選擇，讓我對於考量的過程有了更深的理解。培訓中，我學會了更多的應對策略，協助個案及其家屬減輕壓力，引導各方進行對話溝通，以確保需求和意願能在決策中得到尊重。在實踐過程中，我面對不少挑戰，如如何處理個案及其家屬面對死亡的焦慮和避談個別話題。未來，我希望能再在實踐中進一步改進自己的技能，例如學習更多醫療對臨終關懷影響的知識，以更全面應對不同狀況的個案。

社會工作員 何詠祈

先前未有太多經驗接觸有關晚期照顧，但隨着生死議題成為社福界的重要議題，我也想認識更多以備工作之需。培訓中，講師提問了怎樣對長者才是「好死」？子女或工作人員或長者的答案都可以是截然不同。因此，最重要的並不是我們怎麼想，而是要與長者溝通，他們是怎樣想的。雙方互相了解溝通好，對子女來說也可以減少遺憾。而且溝通也需要有一個進程，在不同的階段也需與長者定期了解意向。

一級職業治療師 陳俊廷

以往對安寧和晚晴照顧認識較淺，工作上亦較易著重自身專業的部分。培訓當中對安寧照顧了解更多，例如不同介入模式和對服務使用者的溝通技巧等，對日常工作亦有所反思，提醒自己除了照顧服務使用者的身體狀況，亦需留意更多其他方面的需要，以更好地實踐全人照顧。培訓後亦嘗試實踐在工作當中，記起社工同事亦曾轉介了一位有晚晴照顧需要的長者給我，因為長者主要臥床而令照顧者在日常生活照顧上倍感壓力。家訪時我除了評估長者身體狀況和教導照顧者扶抱、使用輪椅等技巧，亦和社工同事一起嘗試了解更多照顧者的壓力來源和心理上需要這些方面，希望能提供更全面和更適合的支援給照顧者，減輕照顧者壓力。



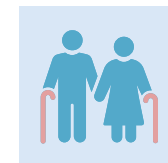
註冊護士 劉楚翹

我體會到晚期照顧的重要性，深化我對死亡及哀傷的理解，增加自身的專業技能。

培訓中，我了解到各人在文化上對「好死」有不同的理解。我應尊重患者及家屬對死亡的文化差異，時刻保持開放的心態，了解他們的價值觀和需求，並共同制定預設照顧計劃，提高他們的參與度和增強自主性，從而提升晚期照顧的質量。其次，患者及家屬的哀傷反應及處理方式各異，我應具備主動傾聽和共情能力，幫助他們在困難的時期感受到被理解和支持。晚期照顧涉及身、心、靈等多個領域，我體會到如何與其他專職同工跨專業的合作，提供全方位的支持，讓他們各方面得到妥善的照顧。培訓豐富了我對晚期照顧的理論，未來希望將所學的應用在工作中，推動有尊嚴及有溫度的晚期照顧。

康健護理員 劉麗娟

接受培訓後，我反思到服務晚期患者個案需要代入晚期疾病長者的想法，有同理心，用眼多於用口，觀察入微，顧及長者身體較弱，心情易低落，適時表達關懷，但不要重覆發問，以免增添煩躁。



有系統的培訓使我明白到服務EOL服務是要陪伴長者終老，做到我們這一行業要發揮的使命。

康健護理員 鍾浩宏

這段學習經歷不僅改變了我對晚期患者的看法，對如何以積極的心態面對死亡有了新的認識，還增強了我在服務過程中的信心。

作為服務提供者，我必須具備敏銳的觀察力和同理心，才能真正關心長者在面對疾病和死亡時的感受。

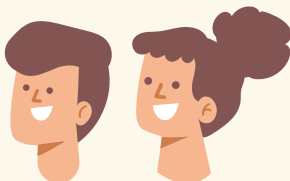
過去，我對於服務晚期病患者及其家人感到恐懼，擔心自己的情緒會影響到他們。然而，培訓讓我明白，死亡並不可怕，反而可以以更加平和的心態來面對。學會在患者分享病況時，給予適當的回應，讓我在與他們的互動中變得更加自信。

我更加明白，提供服務時的氛圍對於長者的體驗至關重要。每次服務時，我都希望能帶著歡樂和融合的氣氛，讓他們感受到關懷和支持。

介入程序



執行內容及流程



社工與護士共同面見患者及護老者，根據他們的需求提供不同程度的服務，必要時還會邀請物理治療師和職業治療師協助。這種跨專業團隊的理念強調各專業之間的合作與協調，以確保提供全面且一致的照顧。

社工主要負責心理和社交靈性照顧，護士則專注於身體症狀的照顧，保健員和康健護理員提供日常生活支援，如送飯和個人護理等。義工則負責陪伴和關懷，幫助發掘患者及護老者的興趣並安排社交活動。

介入計劃包括在三個月內進行三次家訪和三次電話跟進，並每半年進行一次檢討。介入重點為患者的全面評估（身、心、社、靈）和護老者的知識、自我照顧、照顧技巧及社區資源的介入。整體方法旨在提升照顧及生活質素，確保患者及護老者的需求得到充分滿足。

第一節：電話訪問 15分鐘



1.1 初步了解身體狀況

第二節：（第一週）家訪接案 1.5小時

2.1 建立關係

2.2 進行全面評估



2.2.1 患者：Mcgill 生活質素問卷

2.2.2 護老者：CSNAT 照顧者支援需要評估工具

2.3 制定支援計劃

2.4 跟進CSNAT的支援需要（按護老者選出需優先處理的三個項目作出介入）

第三節：（第三週）家訪（二）

3.1 檢視服務安排

3.2 檢視身體及生活狀況轉變

3.3 ACP討論：照顧決定、日常生活、靈性事務

（人生回顧、心願達成、心意傳承、關係管理（四道人生））

第四節：（第五週及每月一次）電話慰問 15分鐘



4.1 跟進近況

4.2 關懷護老者

第五節：（第七週）家訪（三） 1.5小時



5.1 檢視服務安排

5.2 檢視生活狀況轉變

5.3 ACP討論：照顧決定、討論預設醫療指示、財務安排、後事安排

第六節：（半年或每次出院後）家訪（四） 1.5小時



6.1 進行全面評估

6.2 檢視支援計劃

6.3 善別支援



介入程序



第一節：介入目標 患者及護老能夠確認服務需求

1.1 初步了解身體狀況

社工：致電案主或護老者，初步了解服務需要，確認服務需求與期望及安排首次家訪。

第二節：介入目標

- 1) 感受社工和護士建立信任關係，這有助於他們在表達需求和擔憂時感到更安心，從而促進更開放的溝通。
- 2) 能夠充分理解服務的內涵，從而獲得所需的資源和支持，並且有助他們全面了解工作員為他們訂立個人化的照顧計劃。

2.1 建立關係

社工：介紹機構及團隊。了解服務對象的家庭背景、經濟狀況及日常生活。

2.2 進行全面評估

社 工

評估患者的照顧需要、家居環境、支援系統、情緒、社交及靈性需要。

照顧需要

了解患者的日常生活需求，包括自理能力、健康狀況及護老者的需求。通過評估這些因素，社工可以制定個性化的照顧計劃，以滿足使用者的具體需求。

評估患者的家居環境

對患者的居住環境進行詳細評估，包括安全性、便利性和舒適度。這有助於識別潛在的危險，如障礙物、照明不足等，並提出改善建議，以確保使用者的安全。若有需要，轉介職業治療師作家居環境評估。



支援系統

評估患者的支援系統，包括家庭、朋友和社區資源的可用性。這將有助於確定在緊急情況下的支援選項，並探索其他可用的資源。

情緒需求

關注患者的情緒健康，評估其心理狀態和情緒反應。這包括了解服務使用者的壓力來源、焦慮或抑鬱的情況，以便提供必要的心理支援或轉介專業服務。

社交需求

評估患者的社交聯繫和活動參與情況。了解其社交圈的大小及質量，有助於鼓勵患者參加社區活動，增加社交支持。初步填寫長者及護老者<興趣問卷>，同事可按他們的興趣提供上門一對一活動。



循道衛理楊震社會服務處
<長者及護老者興趣問卷>

靈性需求

最後，社工將關注患者的靈性需求，這可能包括宗教信仰/信念、價值觀及生活意義的探討。社工會尊重使用者的靈性取向，並根據需要提供相應的支持或資源。

護 士

評估身體狀況、病歷、藥物使用、生活習慣及照顧技巧。

評估身體狀況

進行全面的身體檢查，以了解患者的健康狀況，包括：

生命體徵：測量血壓、心率、呼吸頻率和體溫，以確保這些指標在正常範圍內。

身體檢查：檢查身體各部位的健康狀況，注意任何異常的病徵，如腫脹、紅腫或疼痛等。

功能性評估：評估患者的活動能力和日常生活自理能力，了解其生活質量。

評估病歷

仔細了解患者的醫療歷史，包括：

既往病史：詢問過去的健康問題、疾病診斷及治療情況，特別是與當前健康狀況相關的病歷。

過敏史：檢查患者對藥物、食物或環境過敏的歷史，以避免潛在風險。

家族病史：了解家庭成員的健康狀況，識別遺傳疾病的風險。



評估藥物使用 ▶

檢視患者的藥物使用情況，包括：

當前用藥：確認患者正在使用的所有藥物，記錄劑量、用藥時間及用法。

副作用及反應：詢問患者對於藥物的反應，確保患者了解每種藥物的用途及潛在副作用。

遵從性：評估患者的用藥遵從性，提供指導以提高用藥的正確性。

評估生活習慣 ▶

飲食習慣：了解飲食的種類、營養攝入及是否有特殊飲食需求，提供飲食建議以促進健康。

運動習慣：評估患者的身體活動水平，鼓勵參加適合的運動計劃以提高體能和健康。

睡眠質量：詢問患者的睡眠狀況，識別可能的睡眠障礙，並提出改善建議。

評估護老者的照顧技巧，以確保他們能有效支持患者，包括：

基本護理技巧：評估護老者在日常護理中的技能，如協助洗澡、用餐及藥物管理等。

危機處理能力：檢查護老者在面對突發情況時的應對能力，包括如何處理緊急情況或突發健康問題。



循道衛理楊震社會服務處
<食得耆樂>

自我照顧上的需要：護老者的自我照顧能力至關重要。社工將評估護老者在自我照顧方面的實踐，包括其健康管理、情緒支持和壓力管理等。了解護老者是否有時間和資源進行自我照顧，並提供相應的建議和支援，幫助他們保持身心健康。

照顧技巧上的需要：評估護老者在日常照顧中所需的具體技巧，如基本護理、溝通技巧及危機處理能力。透過評估，社工可以識別護老者在技能上的不足，並推薦相應的培訓課程或資源，以提升其照顧能力。

社區資源上的需要：幫助護老者了解可用的社區資源，包括經濟援助、社會服務、情緒支援及義工服務支援等。確定護老者對這些資源的認識程度，以及他們是否能夠有效利用這些資源，以便提供適當的轉介和指導。

2.3 制定支援計劃

社 工

介紹服務內容及流程、收費及評估家居服務的需要性。調校患者及家人對服務的期望。按 McGill / CSNAT 結果及評估結果，制定個人化照顧計劃。

護 士

按 McGill / CSNAT 結果及評估結果，制定護理計劃。

2.3.1 按以往經驗所得，最多護老者提出關注的項目分別是：實際協助、護老者的知識及自我照顧，我們藉此以第三及第四節作出介入。

實際協助：介定為社區資源的支援，大部份申請者期望我們能提供實際的家居照顧服務。中心提供的實際支援包括：看顧、送飯、陪診、簡單運動、個人護理及家居清潔服務。

護老者知識：介定為了解在照顧親人時日後可能會發生的事，包括：了解疾病的進展和預期、對於想要了解未來的擔心及恐懼及能夠辨識出某人將臨近死亡。

自我照顧：介定為護老者找到信任的傾訴對象，有需要能放心地談論案主的狀況、並且可以作出情緒的支援。

2.2.2. 護老者：CSNAT 照顧者支援需要評估工具

社工使用CSNAT 評估護老者知識上、自我照顧上、照顧技巧上及社區資源上的需要。

社工與護老者進行CSNAT階段一至四：利用照顧者支援需要評估工具，按評估的項目評分。

護老者評分後，邀請他們選出最關注的事項（最多3項）。

評估工具會從以下幾個方面進行深入分析：

知識上的需要：評估護老者對於病人狀況、疾病管理及照顧相關知識的掌握程度。確定護老者是否了解病人的醫療狀況、用藥信息及日常照顧需求，並針對其知識缺口提供相應的教育和培訓。

介入程序

第三節：介入目標

- 1) 維持日常生活模式，積極參與社區活動，從而增強社交互動與情感連結。
- 2) 透過ACP的討論，能夠理解預設照顧計劃的重要性，並探索人生回顧、心願達成及關係管理，以增強心理支持和情感連結，為面對身體轉差及死亡做好準備。
- 3) 彼此表達感謝和欣賞，透過生命故事分享，將生命中的智慧與價值觀傳承給後代，增強家庭關係及促進家庭溝通。

3.1 檢視服務安排

社 工 及 護 士

檢視服務是否切合需要，按需要調整服務安排。

3.2 檢視身體及生活狀況轉變

社 工 及 護 士

檢視患者及護老者生活狀況轉變(身、心、社、靈)



● 穩定狀況的介入：

社 工

- ▶ 鼓勵患者維持日常生活模式及興趣，設計活動(室內或戶外)，以促進患者及家人參與。
- ▶ 邀請患者參加各類輔助活動，如營養講座、義工探訪及節日慶祝活動，增強社交互動。
- ▶ 鼓勵患者主動聯絡親友，安排聚會，如生日會/節日慶祝活動，留下美好的回憶，促進情感支持。



賽馬會安寧頌
<身心靈全人健康模式>

● 不穩定狀況的介入(如出入醫院頻密，身體狀況不理想)：

社 工

- ▶ 若患者的狀況不穩定，按需要轉介合適的團隊介入。如護士/物理治療師/職業治療師
- ▶ 了解擔憂：探討患者及家人對患者未來身體狀況的擔憂，例如：如果病情變得嚴重，希望採取什麼樣的照顧模式。及引導患者正視身體轉差及了解面對死亡的看法。
- ▶ 遇緊急情況下，了解聯絡及支援的方法

護 士

了解身體狀況轉變，按需要提供護理服務或健康教育。



醫院管理局智友站
<舒緩治療平台>

3.3 ACP 討論(1)

討論照顧決定、日常生活、靈性事務(人生回顧、心願達成、心意傳承、關係管理(四道人生)展開對話時，邀請患者及主要的護老者一起進行討論

社 工 及 護 士

講解預設照顧計劃的重要性：讓患者及其家人明白訂立預設照顧計劃的必要性和意義。



香港中文大學
《吾可預計》短片



賽馬會安寧頌
<安心包 準備人生最後一程>



醫院管理局
<預設照顧計劃/ 預設醫療指示?>

社工

人生回顧 ▶

引導患者回顧生命經驗，並在過程中找尋意義。

重整生命回憶：引導患者回顧其重要的人生事件、成就、挑戰和轉折點。

這可以幫助患者理清自己的生活歷程，並發現其中的意義及價值。



賽馬會安寧頌
《人生回顧》小冊子

分享故事：鼓勵患者分享其生命故事，這不僅是回顧，也是自我認識的過程。

肯定患者的功績：幫助患者認識到自己在生活中所取得的成就和貢獻。無論是事業上/家庭上的成就還是個人關係中的努力，這些都是值得肯定的。

自覺有意義的人生：支持患者理解自己的人生是有意義的，並且他們的經歷和學習能為他人帶來啟示。

肯定信念：強調這些信念在患者生活中的重要性，幫助其感受到被理解和支持。

心願達成 ▶

引導心願探索：例如：「您有什麼未完成的心願或夢想？」

「您希望在往後的日子裡做些什麼讓自己感到快樂的事情？」

確認心願的可行性：根據患者的健康狀況，確認他們的心願是否可行。

制定實施計劃：與患者共同制定具體的行動計劃，包括時間、地點及所需資源。討論可能的風險和挑戰，並尋找解決方案。



心願達成可以由小事情做起，可以是品嚐很久沒有吃的菜色，以致重回舊地等情景，視乎患者情況而定。

如果心願涉及特定活動或旅行，工作人員評估是否需要額外支援或安排。有需要時邀請護士評估可行方案。

關係管理 – 四道人生– 鼓勵案主向護老者表達心意 ▶

開放對話：創造安全和支持的環境，鼓勵患者表達對護老者及親友的感謝、欣賞、愛意、原諒、道歉、道別的說話。

引導表達：提供具體問題或提示，幫助案主思考如何將自己的感受轉化為具體的表達，例如“你在我生活中有多重要”或“我最感激你做的事情是什麼”。



循道衛理楊震社會服務處
<四道人生>

心意傳承 ▶

分享故事：鼓勵案主分享其生命中的重要時刻和回憶，讓美好的回憶繼續留在親友的心中。

建立連結：幫助案主思考如何將自己的價值觀和信念傳承給護老者，強調情感的連結和支持的重要性。

創建紀念品：鼓勵患者為後代留下正面回憶及無價的啟發，如人生智慧/座右銘/家傳之寶/錄音/錄影。



3.4 跟進CSNAT

3.4.1 社工：檢視CSNAT選項的跟進，並作出更新。

3.4.2 護老者知識：護老者需了解在照顧親人時可能發生的事情，包括疾病的進展和預期，及對未來的擔心與恐懼。

- ▶ 於ACP(1) 討論上與護老者一起進行探討。根據第三節及第四節內容。建議家人與患者共同商討相關的事宜
- ▶ 回應家人對面對親人離世的擔心，教育護老者關於晚期患者可能經歷的情感，並分享對於死亡的看法

3.4.3 自我照顧：護老者需找到信任的對象，能夠放心地談論案主的狀況，並提供情感支持

- ▶ 引導案主找出身邊支援的對象，如親友及社區資源，建立案主的支援網絡。
- ▶ 提供自我減壓的小貼士。
- ▶ 鼓勵護老者參與中心的活動，如外出活動、義工探訪及節日聚餐，促進身心健康與社交互動。



新生精神康復會<newlife330.
香港靜觀聲音導航練習>短片



循道衛理楊震社會服務處
<照顧者日程>



循道衛理楊震社會服務處
<護老者感謝祭>

第四節：電話慰問

4.1 跟進近況

社 工

- ▶ 按需要了解患者身體狀況，並按需要調整照顧計劃



4.2 關懷護老者

社 工

- ▶ 肯定護老者的辛勞，提醒護老者照顧好自己。如：讓護老者分享他們的經歷和挑戰，並表達對他們的支持及相關的支援。如邀請參與護老者同行小組/活動
- ▶ 情緒支援：進行個別輔導及鼓勵護老者參加同行小組，幫助護老者表達和處理他們的情緒，增強護老者社交支持和情感聯繫。同時，中心安排上門看顧服務或平衡小組。



第五節：介入目標

- 1) 檢視並調整服務安排，確保符合他們的實際需求，同時評估生活狀況的轉變以促進身心健康。
- 2) 透過ACP討論，能夠了解預設醫療決策的重要性，並制定財務安排，保障未來的醫療需求和生活質量。
- 3) 選擇後事的細節，確保其意願得到尊重，並透過社工的協助，建立支援系統以減輕情感負擔。

5.1 檢視服務安排

社工及護士

檢視服務是否切合需要，按需要調整服務安排。

5.2 檢視生活狀況轉變

社工及護士

檢視患者及護老者生活狀況轉變(身、心、社、靈)



● 穩定狀況的介入：

社工

- ▶ 鼓勵患者維持日常生活模式及興趣，設計活動(室內或戶外)，以促進患者及家人參與。
- ▶ 邀請患者參加各類輔助活動，如營養講座、義工探訪及節日慶祝活動，增強社交互動。
- ▶ 鼓勵患者主動聯絡親友，安排聚會，如生日會/節日慶祝活動，留下美好的回憶，促進情感支持。



● 不穩定狀況的介入(如出入醫院頻密，身體狀況不理想)：

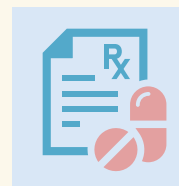
社工

- ▶ 若患者的狀況不穩定，按需要轉介合適的團隊介入。
- ▶ 了解擔憂：探討患者及家人對患者未來身體狀況的擔憂，例如：如果病情變得嚴重，希望採取什麼樣的照顧模式。及引導患者正視身體轉差及了解面對死亡的看法。
- ▶ 遇緊急情況下，了解聯絡及支援的方法
- ▶ 重檢CSNAT



護士

重新評估身體狀況、病歷、藥物使用、生活習慣及照顧技巧。



5.3 ACP 討論 (2)

討論照顧的方向、討論預設醫療決定、財務安排、後事安排展開對話時，了解患者及主要的護老者一起進行討論。

社 工 及 護 士

- ▶ 講解預設照顧計劃的重要性：讓患者及其家人明白訂立預設照顧計劃的必要性和意義。
- ▶ 了解擔憂(照顧的方向)：探討患者及家人對患者未來身體狀況的擔憂，例如：“如果病情變得嚴重，希望採取什麼樣的安寧照顧模式”
- ▶ 討論預設醫療指示：開始時說明預設醫療指示的意義，強調其目的是為了確保患者在醫療決策中得到尊重，並能根據其意願獲得適當的照護。
- ▶ 透過短片，讓患者清楚明白詳細資訊，有需要護士再作詳細解釋。
- ▶ 與患者及護老者討論邀請合適的醫療人員進一步訂立預設醫療指示
- ▶ 確認及紀錄：確認患者的意願並進行詳細紀錄，確保所有相關信息得到妥善保存。



社 工

財務安排

- ▶ 討論及訂立有關財務的安排：如遺囑及持久授權書。若有需要可轉介合適的機構。
- ▶ 因經濟狀況欠佳，可轉介申請政府津貼：如CSSA、為低收入家庭護老者提供生活津貼計劃、慈善基金 緊急援助金計劃等。

後事規劃

- ▶ 介紹後事規劃的重要性及影響
- ▶ 與患者討論及選擇後事的意願及細節，確保其需求和願望得到尊重。包括：儀式、出殯地點、安葬的方式、使用的棺木等，有需要轉介合適機構協助。
- ▶ 轉介合適的機構協助代辦後事。



一切從簡 <平安五寶>



榕光社< 夕陽之友計劃>



母忘愛 <後事規劃>



ACP的討論可按患者及護老者的情況作出調整，尊重患者及家人的步伐，或患者及家人不願意談論此話題，工作員可以暫停此對話，並讓他們知道有心理準備時，可以隨時展開話題。

當中的討論及意向，建議案主與其他家庭成員分享想法，若當中出現不同的意見，可以再邀請工作員再作澄清及找出共同目標，嘗試解決分歧。

第六節：介入目標

- 1) 檢視並調整服務安排，確保符合他們的實際需求，同時評估生活狀況的轉變以促進身心健康。

6.1 進行全面評估

社 工

- ▶ 評估服務使用者的家居環境、照顧需要、支援系統、情緒、社交及靈性需要。
- ▶ 重檢CSNAT，有需要時再作出調整。

護 士

重新評估身體狀況、病歷、藥物使用、生活習慣及照顧技巧。



6.2 進行全面評估

社 工

檢視並更新患者的支援計劃，確保其服務安排仍然符合當前狀況及需求，並根據評估結果進行必要的調動。



香港大學
<賽馬會善別關懷同盟>

6.3 善別支援

社 工

個案於計劃內離世，工作人員提供善別的情緒輔導，及相關家居服務支援，同時，有需要的個案作出轉介。



贍明會 <喪親支援>

實證為本研究的推行經驗與反思

在計劃的最後一年，團隊積極引入實證為本的研究方法，以系統評估介入措施對晚期病患及護老者的影響。研究對象為未使用綜合家居照顧服務的晚期病患者及其護老者，目的是探索介入措施的潛在效益。雖然未能達到預期成果，但整個過程為團隊帶來了豐富的學習與啟發。首先，透過文獻回顧，參考本地及國際研究，團隊選取具信度與效度的評估工具，確保研究設計具科學基礎。其次，在評估工具的應用方面，團隊使用已驗證的問卷量表，評估護老者的照顧負擔、自我效能感、危機處理及患者的整體照顧成效與症狀變化等指標。為提升對介入內容及護老者需要的理解，團隊成員亦進行了晚期病患支援相關的網上系統性自學培訓。最後，團隊制定了標準化的介入方案，包括每兩星期一次的家訪及電話接觸，內容涵蓋情緒支援、照顧技巧指導及資源轉介等。

在推行實證為本的研究過程中曾面對不少挑戰，包括：

1. 護老者數量及參與度不足：

最後一年進入計劃的患者比預期少，約半數個案缺乏恆常護老者，導致參與度低。

2. 介入頻率與護老者負擔矛盾：

每兩星期的介入可能加重護老者的心理負擔，降低參與意願。

3. 資源不足影響研究完整性：

計劃過程中缺乏額外人力、財力及時間去跟進問卷的收集，缺乏額外資源支持，影響數據的完整性與連貫性，導致資料斷裂，削弱研究的準確性。資源限制亦可能影響介入措施的質量與持續性。

反思與建議

團隊認識到服務設計應重視護老者的心理及實際需求，介入設計需靈活調整以減輕護老者的負擔。未來應根據護老者的生活狀況調整介入安排，提升參與度並建立更有效的照顧模式。此外，建議爭取研究資助或與學術機構合作，以提升研究的可持續性和專業性。未來選用更簡潔、符合本地文化的量表，並提供口頭輔助說明，以提高填寫的準確性。

整體過程雖面臨挑戰，但也促進了團隊在資料收集、分析及應用上的能力提升，為日後優化服務奠定了良好基礎。

輔助活動 / 協作



社區教育活動



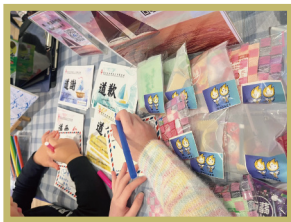
在過去三年中，我們致力於服務晚期病患者及其家人，但社會大眾對於晚期病患的認知依然非常貧乏。不論是舉行的營養講座教育活動，還是義工招募探訪，社區人士對於晚期病患的認識和討論往往顯得避忌。

為了改變這現狀，楊震長者服務部與不同社區合作伙伴聯繫，進行了多次社區推廣活動。這些活動旨在引起大眾對晚期病患者及其家人需求的關注，並推廣生死教育相關服務，藉此打破外界對此課題的禁忌。

在這些推廣活動中，我們共接觸了604人次，努力讓更多人了解晚期病患者的需求以及如何提供支持。我們希望未來能持續提升社會對晚期病患的認識，並為每個人能夠做好生活的規劃與準備。透過社區的推廣和自我的預備，我們期待能夠促進更多的關愛與理解。



以展板及釣魚小遊戲為宣傳策略，吸引社區人士及時向身邊人認識晚期病患者及家人的需要，並且能夠找到合適的社區資源。



香港專業教育學院(沙田)-
看得見的參與 服務介紹

護老者支援服務



在晚期病患的照顧中，護老者（如配偶、子女、親友及專業看護）專注於患者的照顧，卻忽略了自我照顧的需求。（梁萬福，(2022)）當病人和家屬難免會有預期性的哀傷（anticipatory grief）。瀕死的威脅會使他們產生擔心、害怕、畏縮、內疚、遺憾、焦躁、不安、失眠等哀傷的情緒。他們承受著巨大的身心壓力，這影響了他們的健康與照顧質素。

我們期望不只協助教授護老者的照顧技巧，並且透過不同形式的活動，令護老者有定期喘息的機會，或能夠與患者一同〈共賞、共樂〉，為照顧過程增添一些快樂和趣味，凝造互相欣賞的氛圍，一起享受活動的樂趣，令彼此的關係更加融洽。

我們安排家居照顧員提供看護服務，讓護老者能暫時放下照顧工作，參加中心活動，並重新審視自己的需求。其次，中心提供一對一的上門支援活動，讓護老者和患者共同創造美好時光，活動內容包括手部護理、手工製作及園藝種植。我們舉辦感謝祭活動，肯定護老者的付出，增強彼此支持。這些活動提供他們調整步伐的機會，並鼓勵定期參加。在職護老者希望透過網上資源學習照顧技巧，了解照顧計劃與醫療指示，這些靈活的資源能更好地滿足他們的需求

三年的服務，護老者支援服務人數達149人，提供合共471小時的服務。我們提供的服務種類包括：看顧服務、上門護老者支援活動、護者感謝祭、同行小組、以電子通訊介紹社會資源等。未來，我們將繼續專注於護老者的身心社靈需求，提供更合適的服務。

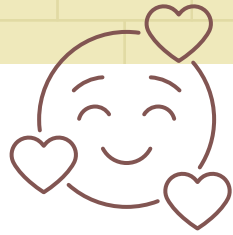


▲ 護老者活動-輕鬆小手工

最受歡迎的體驗活動為按摩及皮膚護理，保健員與護老者進行手部的護理及按摩，讓護老者感受被照顧的關懷及放鬆緊張的照顧心情。



義工關懷探訪



我們相信晚期患者及護老者需要保持人際交往，以便活得有意義（安寧頌，2018）。然而，許多晚期患者面臨身體健康下降，外出能力受限，社交生活變得狹窄，護老者的社交接觸也隨之減少。因此，我們推出家居關懷探訪服務，旨在讓不便外出的長者及護老者，增加與外界的接觸，吸收新視物，避免過度關注他們的健康狀況。

我們邀請了不同團體合作，包括香港懲教人員總工會、Love Carry On企業義工及聖方濟各大學護理系學生，為晚期患者及其護老者提供探訪服務。企業義工通常進行一次性探訪，而護理學生則定期進行循環式探訪，增強了義工與長者之間的信任和支援網絡。參與義工達463人次，探訪的患者及護老者達394人次。

義工的背景多樣，中心為其提供針對性培訓，涵蓋晚期病患者及照顧者的特性、安寧照顧理念及情緒覺察，以提升他們的應對能力。探訪中，義工面對病患的負面情緒及家人的無助感，社工及護士會在每次探訪後與義工分享經驗，幫助他們反思與學習。

透過多次探訪，義工能與患者深入交流，根據患者的喜好制定後續探訪主題，增強互動性並帶來生活樂趣。患者欣賞義工的活力，感受到生命的氣息，並接觸新的興趣，如網上聽歌和觀看短片。

然而，服務也面臨挑戰：晚期患者的健康狀況波動大，難以安排定期探訪；社會對晚期患者的認識有限，需要時間進行公眾教育。現有探訪服務短暫，難以建立長期關係，未來若能持續發展，將有助於建立穩定的支援網絡。

我們的義工培訓資源包括參考香港都會大學的<<晚期健康義工培訓系列>>和賽馬會<<安寧頌的心安家寧系列>>，這些都是提升義工能力的重要資源。



▲ 義工探訪主題：小手工

中醫、營養講座及 一對一營養諮詢



晚期患者因疾病及治療影響，對飲食有特殊需求。研究顯示，他們需要高營養飲食以支持身體機能，但治療副作用如食慾下降、噁心或口腔潰瘍常導致進食困難（American Cancer Society, 2023）常導致進食困難。此外，護老者缺乏專業營養知識，面對飲食安排時常感困惑（Hospice Foundation, 2022）。

為此，本計劃第一年舉辦了八場營養講座，共吸引193人次參加，主題包括晚期患者的營養需求及飲食調節，營養師即席示範簡單的營養小食。參加者反映內容實用，提升了他們的飲食管理信心。

第二年，我們留意到長者對中醫治療的信心，而研究亦證實中醫輔助療法在紓緩癌症治療不適（如疲倦、噁心）方面有顯著功效（Li et al., 2020）。因此，我們除保留六場營養講座（共146人次參加），並新增兩場中醫講座（共53人次參加），主題為「中醫紓緩癌症保健」。中醫師首先講解相關理論，隨後介紹茶飲配方及穴位按摩，並在講座中提供品嚐，增強互動。參加者熱烈提問，氣氛活躍。

進入第三年，各類講座均反響良好，各舉辦四場，參加人次分別為81及133。然而，由於晚期患者身體虛弱，護老者忙碌，難以抽空參加。為針對個別需求，我們新增兩場一對一營養諮詢，共15人參與，營養師根據每位參加者的病歷及飲食習慣，提供個人化的飲食建議，參加者表示內容簡單易懂，增加了他們的信心。

飲食與健康息息相關，適切的安排能改善晚期患者的生活質素，減輕護老者壓力。計劃結束後，我們設計了一份飲食小冊子，幫助未能參與活動的人士掌握飲食技巧，冀望可持續推廣健康飲食知識，讓患者、護老者及社區人士都能「食得更健康、活得更有質素」。



輔助活動 / 協作

節日性活動：
製造珍貴的時光

根據 Diggs (2008) 提出的老齡化連續性活動理論(The Continuity Theory of Aging)，長者參與活動的程度與生活滿意度直接相關。參與社區和家庭活動能提升他們的自我形象，增強面對生活變化的信心。當生活令人滿意時，對於死亡的課題，能夠減少患者煩惱、憂鬱、焦慮、憤怒及對疾病帶來的困擾。

我們相信，在晚期階段創造患者與家人的歡樂時光至關重要。透過節日活動，護老者和患者可以享受天倫之樂，暫時放下護老者的身份，減少孤獨感，緩和緊張與悲痛情緒。

計劃中，我們舉辦了中秋節、聖誕節及新年的節日派對，邀請患者及護老者參加。許多參加者表示久未參與此類活動，病痛使他們多留在家中。活動共吸引256名患者、護老者及親友參加，義工人數達125人。

室內活動：室內活動主要針對行動不便的患者，有助於增強他們對中心的歸屬感。中心安排義工上門接送，提升參加動力。活動內容包括健康檢查、家庭照拍攝、小遊戲和手工藝製作。義工陪伴患者參與遊戲，增進互動，並與患者共享聚餐，促進交流。

戶外活動：戶外旅行選擇在大自然中進行，讓患者在陽光下放鬆身心。復康巴士提供接送服務，使行動不便的患者能參加。護老者表示，偶爾外出能減輕壓力，並且增加了患者接觸外界的機會。



家庭式生日會：我們還為個別患者舉辦生日會，創造珍貴回憶。聚餐元素受到歡迎，即使晚期患者進食量不多，與家人共進膳食能提升心情。

面臨的挑戰：設計活動時需考慮患者的體力，活動時間應短，聚餐食物需適量。此外，人手及接送安排也需妥善考慮，以確保活動順利進行。

照顧心聲

晚期病患者心聲

「宜家無之前咁緊張，因為有你地開解同埋有事有野問都可以搵你地。」

「如果唔係呢個計劃，我諗我都係日日攤喺床...」

「這個充滿愛及關懷的中心，讓我可以做運動(同事細心指導)，連筋骨也舒暢了很多，及帶我去參觀博物館、進餐、遊車河等等，令我心情開朗，可以出去與外界接觸，不再感到孤單及無助，心情頓然也愉快了很，與妻子不再發脾氣，融洽相處。」

「我好多謝中心協助，我是一位獨居及患上癌症的長者，中心能夠體貼關心我們。特別我完成手術後，需要進行拉筋運動，才可以進行下一步治療。社工聆聽完我的需要，並安排我回中心做拉繩的運動。我現在完成治療，雖然仍然要繼續服藥，但是我感到社區上仍然有人關心我的需要。感謝！」

「中心整個家居服務的團隊支援著我的情況，每位同事都能夠多行一步，有些細心的舉行讓我感到貼心。如同事的簡單問候、電話的慰問，上門的家訪，都看出服務能夠看到晚期患者的需要，感到有人支持。」

照顧晚期患者的護老者心聲

「我覺得有問題時，會諗中心可否幫到我呢？唔會太徬徨，而且中心各位人仕會盡量想辦法幫忙。各項服務都很好。丈夫最高興是帶他出去一天遊，因他坐輪椅出外不大方便，而且同其他老友記一齊會開心啲」 林女士(護老者)

記得丈夫在家時，姑娘問丈夫後事安排如何規劃？丈夫表示太太一早便知道，幸好當時姑娘問清楚丈夫意願及想法。數天後，丈夫便入了醫院，並且離世，非常感謝姑娘在合適時機了解丈夫的心聲。「我一直很害怕與他討論這些問題，有姑娘幫手，我非常安心。有中心幫忙我非常感激。」 黃太(護老者)



照顧心聲

服務經理(註冊社工)湯思敏

珍惜當下與真誠關懷—— 晚期病患者的支持與啟示

在我接觸的晚期病患者中，大部分患者期望能夠回到熟悉的地方，享受到家人的陪伴，並聆聽他們的需求，繼續在家中自在地生活。然而，患者及其家人常因病情影響而情緒較為負面，這使得工作人員有時感到無力。面對生死無常的情況，我更加體會到珍惜當下的重要，提醒自己要留意和接納自己的負面情緒，避免產生悲憫倦怠，並找到合適的方法來宣洩情緒。我相信每位患者離世的經歷都是團隊服務反思學習的機會，所以我會在合適的時機與團隊分享這些感受。透過經驗的分享讓我重新注入力量，並幫助同事建立對生死觀的理解，促進彼此的學習和成長。

有一位患者的分享讓我印象深刻。當時她的身體已經非常虛弱，需要長期卧床，親友們都紛紛探望，希望送上最真切的關懷和慰問。可是許多探訪者並不理解她的真正需求，讓她感到十分困擾。對她來說，一些實質的幫助才是最需要的支持。在最後一次探訪她時，團隊準備了一杯她期待以久的鮮榨蘋果汁。當她在護士協助下品嚐到果汁時，那個滿足的笑容讓我為之動容。

這次經歷使我明白到每位患者的需求都不同，關懷的方法也應因人而異，但用心去了解及真誠的關懷才是最重要的。

在這三年的計劃中，我獲得了許多寶貴的學習機會，學習如何與晚期病患者及其家人相處，如何與團隊（包括護士、物理治療師、職業治療師、保健員及康健護理員）進行有效的溝通和協作。此外，我還學會了如何靈活調配工作時間、人手安排、行政管理、資源運用及服務發展，確保整個計劃能夠成功推行。

要為晚期病患者及其護老者提供貼心適切的服務需要學習的範疇實在太多，我們的同工和團隊必須持續學習，鞏固經驗，讓服務變得更完善。感謝機構給予我參與這個計劃的機會，我期待未來晚期病患的家居服務能夠持續發展，讓每位患者在生命的最後階段都能感受到尊嚴與關愛。



照顧心聲

註冊護士 胡丹鳴



當初我是懷著一份強烈的使命感來加入這個計劃的。作為一名護士，我深知自己的角色不僅是提供醫療照護，更是病患與家人生命中的支持者。晚期病患的護理工作與一般醫療環境不同，它需要更多的同理心、耐心與靈活性。每一位病患都有獨特的故事和需求，而我們的目標是讓他們在生命的尾聲感受到尊嚴、關愛與安寧。

然而，可能因病痛而感到無助，或因即將離開而充滿恐懼，晚期病患的身體狀況和情緒波動往往波動較大。同時，家人也承受著巨大的心理壓力，面對摯愛的病情惡化，他們往往感到無力與悲傷。

作為護士，我需要時刻保持專業，同時以真誠的心與他們建立信任。家居護理的環境讓我更貼近患者的生活。家不僅是居住的地方，更是充滿回憶與情感的空間。在這樣的環境中工作，讓我能更細膩地觀察他們的需求，並根據他們的喜好與習慣調整護理方式。例如，有些患者喜歡聽音樂來緩解疼痛，我們便會在護理時播放他們喜愛的歌曲；有些患者希望與家人共進晚餐，我們則會協助準備營養均衡的餐點，讓他們享受家庭的溫暖。有時患者的意願會與健康有分歧，這不僅考驗我的專業技能，更考驗如何在專業與尊重之間作出取捨。

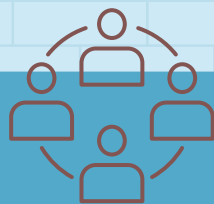
計劃中的外出活動是最難忘的回憶之一。對於晚期病患來說，離開家門，感受外界的新鮮空氣是一種難得的體驗。我們曾組織患者及家人一起到主題公園、海傍及特色餐廳。這些活動雖然看似簡單，卻為患者帶來了無限的快樂，一張張照片印證著歡笑。有好幾個患者參加完家庭外出活動後就病情轉差甚至死亡，該次活動變成了與家人最後的歡樂時光。家人都很感激計劃讓家人在患者的晚期留下美麗的回憶。我認為活動非常有意義。

隨著計劃的結束，我內心充滿感恩與不捨。這段經歷讓我見證了生命的脆弱與堅韌，也讓我更加珍惜與患者及家人相處的每一刻。我學會了如何在壓力下保持冷靜，如何在悲傷中尋找希望，以及如何用愛與專業去觸動他人的生命。

這項計劃不僅改變了患者與家人的生活，也深深影響了我。我明白了護理工作的核心不只限於治癒疾病，更是在於陪伴與關愛。無論患者的生命旅程走到哪一步，我們的責任是讓他們感受到被尊重、被理解與被愛。這份使命感將繼續指引我未來的護理之路。

雖然計劃已告一段落，但我希望將這段經歷的收穫帶到未來的工作中。同時，我也希望推廣更多類似的家居護理計劃，讓更多患者與家人在生命的尾聲得到應有的關愛。

照顧心聲



照顧心聲

保健員 陳顯心

在「看得見的參與」計劃中，我的工作主要是設計和推廣各類小組活動及護老者上門服務，包括生日會、博物館參觀、生命教育培訓及上門服務則包括與患者及護老者一起進行興趣活動。

在服務過程中，有兩段經歷令我印象深刻。一次，上門時患者與家人分享了他一年前的經歷。當時他面臨瀰留狀態，但憑著堅強的意志力渡過難關。家人坦言那段時間非常艱難，太太既要照顧孫兒，又常往返醫院。經歷後，案主更加珍惜與家人相處的時光，並積極參加中心活動。雖然幾天後我收到他去世的消息，感到震驚和難過，但那次活動的快樂時光深深留在我心中。

另一位患者選擇拒絕進一步治療，他的太太全力支持，無論任何時候都陪伴在側，細心照顧，盡量親力親為，盼望能在丈夫生命的最後階段給予最大的陪伴和安慰，展現出難能可貴的坦然與樂觀。這對夫婦的愛意與堅定深深感動了我，也讓我明白陪伴與尊重個人意願的重要性。

雖然我入職不久，但已深刻體會到生命的珍貴與脆弱。每一次與長者的互動，不僅是身體上的照顧，更是心靈上的陪伴。許多長者在生命最後階段內心不安，而我們的關懷能帶給他們溫暖和安心。這份工作讓我學會了尊重每位長者的經歷，明白陪伴和傾聽的重要性。我會繼續以關懷和愛心服務更多有需要的人，讓生命的最後旅程同樣充滿尊嚴與溫暖。

康健護理員 錢靖茹

去年，我參加了安寧支援和晚期患者護理課程，對晚期病患者在身、心、社、靈方面的需求有了新認識，也學會了與病患家人溝通的技巧。

在一年中，我定期通過電話慰問晚期病患者，了解他們的病況、飲食和作息等。在對話中，他們分享生活中的大小事和疾病帶來的痛苦，情緒有時會低落。起初，我感到無所適從，但後來我明白了「耐心聆聽」的重要性。

有次陪診經歷讓我印象深刻。一位60多歲的女士因淚腺樣囊性癌接受手術，面對突如其來的打擊，她封閉了內心。她在醫院遇到醫生時情緒崩潰，我只能陪伴她，給她空間平復心情。

這次經歷讓我反思是否真正理解他人的情緒。現在，我更加懂得用心感受和回應他人的需要，明白靜靜傾聽和支持的力量。

未來，我會珍惜每次與患者相處的時光，努力建立親近的關係，帶來更多真誠的安慰和祝福

未來展望

未來展望



延續與擴展

本計劃的經驗與成果證實了社區照顧在晚期病患服務中的重要性，並為未來的照顧模式發展提供寶貴參考。我們計劃將此服務模式擴展至更多地區及不同服務介別，以確保更多晚期病患者及其家庭獲得適切且有尊嚴的照顧。

創新與改善

在社區照顧晚期病患的實踐中，我們認識到，照顧不僅是技術的提供，更是情感的連結與尊嚴的守護。未來，我們將持續探索創新方式，包括多專業及跨界別合作，利用非藥物介入手法提供更整合、人性化的照顧。同時，我們將引入樂齡科的運用，以降低患者及護老者的壓力，提升生活質素。

合作與倡議

為推動社區紓緩治療與支援服務(COMmunity Palliative and Supportive Services)，我們提出「COMPASS支援」策略，致力於打造一個具人情關懷的晚期照顧文化。為進一步提升晚期病患長者的照顧質素與支援系統，我們倡議政府在施政報告及社會福利政策中，明確列出晚期病患長者的照顧需求與資源分配，並從以下七個策略方向進行強化：

	支援方向	建議內容
C	Clinical Support 臨床支援	● 在家居支援服務隊中增撥資源，正式編制護士角色，提升臨床支援能力。
O	Outreach & Education 社區生死教育	● 在中小學及大專院校及社區推行分齡生死教育課程，培養學生對生命尊重與照顧意識，並提升社區人士對晚期病患議題的認識與關注
M	Medical-Social Collaboration 醫社合作	● 推動醫社合作，推動電子病歷與社福紀錄互通，整合數碼平台資訊，提升跨界溝通效率。

未來展望

	支援方向	建議內容
P	Policy Integration政策整合 	- 將晚期照顧納入《基層醫療發展策略》中，作為獨立範疇處理。設立跨部門工作小組（醫管局、社署、教育局等），統籌晚期照顧政策、資源分配及推廣工作。 - 設立預設醫療指示（AMD）專責隊，由醫管局專業團隊與病患討論及跟進簽署，讓病患在生命末期有清晰的醫療選擇。 - 將預設照顧計劃（ACP）討論納入常規服務流程，成為標準化的照顧環節之一。
A	Access & Referral資源可及與轉介	建立快速雙向轉介機制，讓社區服務提供者優先接收晚期病患長者，並可將有特殊需要的個案轉介至醫療體系，確保資源即時到位。
S	Support and Training for Caregivers護老者支援及培訓	資助家居支援隊及長者服務工作者接受持續的晚期照顧培訓，提升照顧團隊的專業能力，減輕護老者壓力、共同培訓與個案演練，提升照顧效率與信心。
S	Special Equipment Funding輔助器材專項基金	設立專項基金，資助晚期病患長者購置或租借輔助器材及進行家居環境改裝（如醫院床、吸痰機、加設斜台等），提升居家照顧安全。

我們相信，透過政府政策支持與社區多方參與，香港能逐步建立一個更具同理心、包容力及尊重個人選擇的照顧文化，讓每位市民在生命的最後階段，都能以尊嚴與安心的方式走完人生旅程。

結論

在每一次的陪伴與傾聽中，我們看見了生命的脆弱與堅韌，也感受到人與人之間深刻的連結。這三年的計劃不僅是服務的實踐，更是一場心靈的對話，教會我們如何看見、理解與溫柔靠近。

未來，我們期望這份「看得見的參與」能在更多社區發芽，讓每位走在生命末段的人不再孤單。我們相信，當社區願意張開雙臂，照顧者用心聆聽，生命的最後一段路也能走得尊嚴、有溫度。

願這份分享成為一顆種子，讓每位讀者心中長出關懷的枝芽，共建恩慈社區（COMPASSionate Community）。

參考資料



參考資料

- Allan Kellehear. (2013) Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility, QJM: An International Journal of Medicine, 106(12), 1071–1075. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct200>
- American Cancer Society. (2023). Nutrition for People with Cancer. <https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/nutrition.html>
- Areia NP, Góngora JN, Major S, Oliveira VD, Relvas AP.(2020) Support interventions for families of people with terminal cancer in palliative care. Palliative & Supportive Care. Cambridge University Press. 18(5),580–588. doi:10.1017/S1478951520000127
- Carer Support Need Assessment Tool. (2016) Online Training: The CSNAT Intervention Training and Implementation Toolkit [Internet]. The University of Manchester, University of Cambridge. <https://csnat.org/online-training/>
- Cheng H.L., Leung Y.P., Ko P.S., Chung M.W., Lam W.M., Lam P.T., et al. (2012) Reliability validity and acceptability of the traditional Chinese version of the carer support needs assessment tool in Hong Kong palliative care settings. <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00852-w>
- Cheng, H.L., Leung, D., Ko, P. et al. (2021) Reliability, validity and acceptability of the traditional Chinese version of the carer support needs assessment tool in Hong Kong palliative care settings. BMC Palliat Care 20, 152. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00852-w>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diffin, J., Ewing, G., Harvey, G. et al.(2018) Facilitating successful implementation of a person-centred intervention to support family carers within palliative care: a qualitative study of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention. BMC Palliat Care. 17, 129. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0382-5>
- Ewing G, Brundle C, Payne S, Grande G. (2013) The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for use in palliative and end-of-life care at home: A validation study. Journal of Pain and Symptom Management, 46(3), 395-405. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.008>
- Ewing G, Grande GE.(2013) Development of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end of life care practice at home: a qualitative study. Palliat Med. 27,244-56. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216312440607>
- García-Castro, F. J., Bendayan, R., & Blanca, M. J. (2022). Measurement Invariance and validity of the satisfaction with life scale in informal caregivers. Psicothema, 34(2), 299. doi: 10.7334/psicothema2021.313
- Hospice Foundation. (2022). Caregiver's Guide to Nutrition in Palliative Care. <https://www.hospicefoundation.org>
- Leung DYP, Chan HYL, Chiu PKC, Lo RSK, Lee LLY.(2020) Source of Social Support and Caregiving Self-Efficacy on Caregiver Burden and Patient's Quality of Life: A Path Analysis on Patients with Palliative Care Needs and Their Caregivers. International Journal of Environmental Research and Public Health. 17(15), 5457. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17155457>
- Li, X., et al. (2020). The efficacy of traditional Chinese medicine in cancer palliative care: A systematic review. Journal of Integrative Medicine, 18(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2020.05.002>
- Lo, R. S. K., Woo, J., Zhoc, K. H. C., et al. (2001). Cross-cultural validation of the McGill Quality of Life questionnaire in Hong Kong Chinese. Palliative Medicine. 15: 387–397 <https://doi.org/10.1191/026921601680419438>
- Lo S.V.(2016) Enhancing palliative and end of life care services in Hospital Authority. http://foss.hku.hk/jcecc/wp-content/uploads/2016/01/Dr.-SV-Lo-Palliative-care_2016-January-8_final.pdf
- McGuire, Deborah B., Marian Grant, and Jumin Park.(2012) Palliative Care and End of Life: The Caregiver. Nursing outlook. 60(6), 351-6.E20. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.08.003>

參考資料

- 18 NovoPsych. (2025) Satisfaction with Life Scale (SWLS). <https://novopsych.com/assessments/well-being/satisfaction-with-life-scale-swls/>
- 19 Penrod J, Hupcey JE, Baney BL, Loeb SJ.(2011) End-of-Life Caregiving Trajectories. Clinical Nursing Research. 20(1),7-24. doi:10.1177/1054773810384852
- 20 The Health Foundation. A quick guide to person-centred care. 2014. <https://www.health.org.uk/newsletter-feature/a-quick-guide-to-person-centred-care>
- 21 The University of Manchester/University of Cambridge (2022) CSNAT Intervention Carer Support Needs Assessment Tool Intervention. <https://csnat.org/>
- 22 Thomas, C, Morris, S, McIlmurray, M, et al. (2001) The psychosocial needs of cancer patients and their main carers. Project report. Institute for Health Research, Lancaster University, Lancaster, (National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. The manual. London: NICE, 2004:155.
- 23 Wong E.L.Y., Kiang N., Chung R.Y.-N., Lau J.Y.C., Chau P.Y.K., Wong S.Y.-S., et al. (2020) Quality of palliative and end-of-Life care in Hong Kong health system: Perspectives of healthcare providers. Int. J. Environ. Res. Public Heal.
- 24 World Health Organization (WHO) (2022) Palliative Care <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- 25 Wu, C.-h., & Yao, G. (2006). Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale. Personality and Individual Differences, 40(6), 1259–1268. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.012>
- 26 香港社會服務聯會(2022)探索性研究——社區支援如何協助滿足護老者喘息的需要。香港社會服務聯會。
- 27 梁萬福(2002)好好準備變老 老人科醫生給Young Old 活得自在的實用提醒。皇冠出版社(香港)有限公司。
- 28 香港都會大學(2022) 守望相助健康義工培訓課程 晚晴健康義工培訓系列：陪著你走。香港都會大學。
- 29 賽馬會安寧頌(2018)心安家寧系列：義工組織篇。香港賽馬會及香港大學社會科學學院。 https://www.socsc.hku.hk/JCECC/case_book/volunteer_manual_B5_2_o.pdf
- 30 賽馬會安寧頌(2018)心安家寧系列- 安寧概念篇。香港賽馬會及香港大學社會科學學院。 https://www.socsc.hku.hk/JCECC/case_book/ngo_case_b5_o_rev1.pdf
- 31 賽馬會安寧頌(2021): 綜合社區安寧照顧支援隊(ICEST) – 專業同工工作指引上冊。 https://foss.hku.hk/jcecc/wp-content/uploads/2018/07/3_ICEST-%E6%94%AF%E6%8F%B4%E5%90%8C%E5%B7%A5%E5%AF%A6%E5%8B%99%E5%B7%A5%E4%BD%9C%E6%8C%87%E5%BC%95.pdf

鳴謝

在本分享集的整合過程中，我們深深感受到眾人支持的力量，特此致謝。
首先，我們要感謝所有參與本計劃的晚期病患長者及其家屬，您的真誠分享與堅韌生命力，讓這本分享集不只是文字的堆疊，而是充滿溫度的見證。

感謝楊震長者服務部及彩虹綜合家居照顧服務的每一位成員，您的專業與愛心，是每一個故事的靈魂。

特別感謝計劃顧問香港中文大學那打素護理學院專業顧問楊智恩博士在服務、研究及資料分析上的指導與協助，讓本分享集的內容更具深度與廣度。
最後，感謝香港公益金的資助與支持，使本計劃得以順利推展，並將成果呈現於世人眼前。

願這本分享集能成為一盞微光，可以照亮那些在生命末段仍努力尋找尊嚴與關愛的人們。



團隊成員

部門主管：麥麗娥女士（2022年7月至12月）

黎春妙女士（2023年起）

計劃社工：湯思敏女士 保健員：陳雅施女士（2022年7月至2024年12月）

計劃護士：胡丹鳴女士 陳穎心女士（2025年2月至7月）



Visible
Participation



看得見的參與

編輯小組：黎春妙、湯思敏、胡丹鳴、黃崇誌

出版：循道衛理楊震社會服務處

書號：978-962-8206-65-0 印刷數量：300本

版權所有，未經許可，不可翻印及轉載

All rights reserved. Copyright @ 2025 YMSSHK.

循道衛理楊震社會服務處 彩虹綜合家居照顧服務

📍 九龍彩虹村金漢樓地下 106-115室

☎ 2326 1331

📠 2329 6758

✉ chihcs@yang.org.hk

🌐 www.yang.org.hk



楊震長者服務部單位資訊