

初探臺灣原住民族文化適切性社區 安寧療護模式之需求與省思

林承霈 林昭光 怡懋·蘇米

研究目的：高齡化社會所帶來長期照顧的需求及挑戰為目前國內重要且急迫待解決之議題。擴大以社區為基礎的安寧療護服務量能以滿足龐大照護需求為現行國內長期照顧十年計劃2.0的發展重點之一。臺灣本土安寧療護照護模式皆以主流漢人文化與都市設置為設計參考，針對原住民族不同文化脈絡與居住環境下的生死觀、健康認知與安寧療護之研究甚少。本研究分析目前臺灣原住民族社區安寧療護發展之困境，並提出改革建議。**研究方法：**採描述性論述，以關鍵字「原住民族」、「社區長期照顧」與「安寧療護」，針對華藝線上圖書館、PubMed與Google搜尋引擎進行文獻回顧，共收錄16篇文章，描述問題並提出可能之興革建議。**研究結果：**國內發展具原住民族文化適切性之社區安寧療護模式缺乏完善法令支持，且未有足夠之研究引導臨床服務。研究團隊提出三點跨文化照顧重點：(1)全面性、整體性與系統性之文化調查、探勘與資料庫建置；(2)政策應考量原住民族面臨之健康不均等現況以個別化修訂相關法規；(3)培養臨床與研究人才以發展跨文化的安寧療護模式。**研究結論：**期待國家能正視部落自主與文化獨特性，依照不同文化背景與個別考量，投入資源與擬訂配套措施以培訓部落族人於在地提供安寧療護，進而達到族人在地老化以及在部落善終的目標。

關鍵詞：臺灣原住民族、跨文化照顧、安寧療護、社區長期照顧

林承霈：國立陽明交通大學護理學院社區健康照護所助理教授；英國倫敦大學國王學院緩和療護博士；專長領域與研究興趣為安寧療護、預立醫療照護諮商、醫病決策、社區健康促進、腫瘤護理。

林昭光：國立陽明交通大學台灣原住民族健康與科技發展研究中心主任；國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育博士；專長領域與研究興趣為部落社區健康營造、國際安全社區、事故傷害防制與運動健康促進。

怡懋·蘇米：國立臺中科技大學大學護理系暨碩士班副教授；慈濟大學醫學科學研究所博士；專長領域與研究興趣為原住民族健康、文化照顧、原住民族研究倫理、內外科護理。(通訊作者；E-mail: eliyimch@nutc.edu.tw)

收稿：2021年6月8日；接受：2022年3月7日

一、緒 論

臺灣面臨人口快速老化、核心家庭結構以及高度壓力的生活型態下，導致國人的疾病型態以及健康照顧模式轉變，為因應快速增加的老年人口所帶來長期照顧需求，衛生福利部（簡稱衛福部）於 2007 年推動「長期照顧十年計劃」（簡稱長照 1.0），但由於推動成效有限，接受服務之失能老人僅佔總需求人口之 35%（鄧桂芬等，2019）。於是衛福部於 2017 年推動「長期照護十年計劃 2.0」（簡稱長照 2.0），降低符合條件之族群年紀並擴大服務對象，藉由分層的 A 級的社區整合型服務中心、B 級的複合型服務中心與 C 級的巷弄長照站以協同合作與資源整合的政策，針對健康、亞健康族群提供健康促進與延緩失能；而失智、失能與重病族群提供不同程度之家庭支持，並以社區為導向之照護服務，期望能達到在地老化之目標（衛生福利部，2016b）。其中居家安寧療護更是長照 2.0 計畫中之發展重點，目的為改善社區安寧療護的量能，分擔國內以機構式照護為主（例如：安寧病房）的照顧負擔，並減少病人於生命末期不必要的照護單位轉移（例如：增加病人往返醫院與家庭受苦感受並且降低生活品質），提升社區長者在宅善終之比率（王思雅，2016）。

安寧療護提供沒有治癒可能性之病人及其家屬全人照顧，盡可能維護其最佳生活品質。照護過程依據病人與家屬的文化背景，及其對生命與死亡的概念與認知，進行照顧目標之設立，並提供符合期待之末期照護。儘管國內安寧療護概念自民國 72 年開始發展至今多年，國人對於安寧療護的概念仍然有許多誤解，認為安寧療護是消極治療，且安寧病房是等死的地方（趙可式，2015）。在臺灣的傳統民情下，談論生死議題是禁忌，這也讓社區安寧療護的推展困難重重（Lin et al., 2019）。再者，國內安寧療護之服務多承襲國外制度與教育，儘管近年來國內專家致力於發展臺灣本土化之照護模式，然而，許多模式仍以主流漢人文化與都市環境為主要考量，缺乏文化合適性之考量（怡懋·蘇米·許木柱，2016）。衛生福利部（原衛生署）委託國家衛生研究院規劃「2020 健康國民白皮書」之健康政策，建議應依據原住民族傳統健康認知與照護文化，設定合適文化群體之健康目標，提供相對應的健康照護，以及調整衛生健康政策的方向（衛生福利部，2009）。然而，針對原住民族不同之文化脈絡與居住環境下的生死觀，及其健康認知的探索卻甚少，缺乏具原住民族文化

適切性之安寧療護模式。故本文欲針對過去相關研究與文獻探索，試圖了解目前臺灣原住民族社區長期照顧中安寧療護發展之挑戰與急迫需求，並提出政策、研究、教育以及臨床之未來建議。

(一)臺灣原住民族之健康、高齡化與社區安寧療護發展現況

根據 106 年臺灣原住民族人口及健康統計年報（國家衛生研究院，2020），臺灣原住民族共計有十六族，根據內政部戶籍登記統計資料，截至 109 年，全國原住民族人口數約 57.7 萬人（平地原住民人口數約 26 萬 9,966 人；山地原住民人口數約 30 萬 6,826 人），約佔臺灣總人口 2.45%（各族人口數請見表 1）（內政部戶政司，2021）。

表 1 109 年內政部戶政司統計全臺 16 族原住民族人口數

族名	人口數	以原住民身分分類		佔全國原住民人口數比例
		平地	山地	
阿美族	215,377	214,161	1,216	37.3%
排灣族	103,759	21,592	82,167	18.0%
泰雅族	92,843	1,852	90,991	16.1%
布農族	60,101	365	59,736	10.4%
太魯閣族	32,811	150	32,661	5.7%
卑南族	14,709	14,592	117	2.6%
魯凱族	13,588	2,666	10,922	2.4%
賽德克族	10,645	16	10,629	1.8%
賽夏族	6,795	4,545	2,250	1.2%
鄒族	6,715	16	6,699	1.2%
雅美族	4,751	9	4,472	0.8%
噶瑪蘭族	1,528	1,526	2	0.3%
撒奇萊雅族	1,009	1,007	2	0.2%
邵族	826	819	7	0.1%
拉阿魯哇族	423	-	423	0.1%
卡那卡那富族	375	-	375	0.1%
未申報	10,537	6,650	3,887	1.8%

資料來源：內政部戶政司(2021)

民國 100 年自 110 年期間，因為科技與社會經濟改善，國內原住民族的零歲平均餘命增加 2.7 歲（男性增加 2.6 歲；女性增加 2.4 歲），增幅高於全國平均餘命（增加 1.8 歲），原住民族與國人之平均餘命差距有縮減的趨勢，但在整體平均餘命仍有顯著差異。106 年男性原住民的零歲平均餘命為 67.9 歲；女性為 76.6 歲，分別比全國男性與女性低 9.4 歲及 7.1 歲（圖 1）（國家衛生研究院，2020）。此數據與 1970 年代數據相比，原住民族與全國國人之總體平均餘命差距僅從相差 10 歲進步至 8.5 歲。可見過去三十年來，國內原住民族健康照護服務與需求未被滿足，且有明顯進步空間。原住民族於 2016 年標準化死亡率為 749.7（每十萬人），為同年全國數據（439.4/每十萬人）之 1.7 倍。惡性腫瘤與心臟疾病（高血壓疾病除外）為原住民族十大死因之前兩位，與全國統計趨勢相同，然而其中與全國相比差異最大的死因為「慢性肝病及肝硬化（4.9 倍）」、其次「高血壓相關疾病（2.5 倍）」、「事故傷害（2.5 倍）」、「慢性下呼吸道疾病（2.5 倍）」與「腦血管疾病（2.5 倍）」。

臺灣於民國 82 年即已進入高齡化社會，也就是 65 歲老年人口占全部總人口的 7%。根據內政部 2018 統計資料顯示總體臺灣 65 歲以上老年人口，已超過總人口之 14%（約 331 萬人），意即臺灣已正式進入高齡化社會（內政部，2018）。其中原住民族 65 歲以上人口比例於 106 年已達 7.5%，符合聯合國訂定之高齡化國家標準（國家

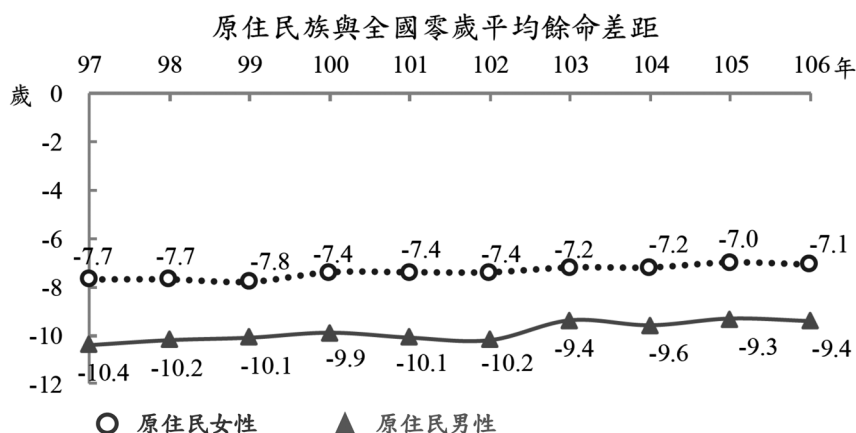


圖 1 原住民族與全國零歲平均餘命差距

（資料來源：106年臺灣原住民族人口及健康統計年報）

衛生研究院，2020)。雖然原住民族總體來說年齡結構較非原民國人年輕，倘若仍以 65 歲來界定原住民族之高齡人口比例，則為一種缺乏文化敏感度的統計方式。根據上述統計資料與 2020 年 11 月原住民委員會資料顯示（原住民族委員會，2020），原住民族平均餘命較非原民國人低，65 歲以上人口數自然較少（約 57,102 人），若以 55 歲做為切分點，較符合原住民族的人口的結構，促使長照涵蓋量增加至 116,241 人，且較為符合資源的公平正義原則。由此顯示國內原住民族高齡長照之需求漸增，安寧療護之需求也會因為人口老化而增加，是重要健康政策議題。

根據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）定義，安寧療護（Hospice and Palliative Care）指針對治癒性治療沒有反應的病人，由跨專業醫療團隊（醫護社心靈）提供全人化之照顧，維護病人與家屬最佳的生活品質。透過五全照顧（全人、全家、全程、全隊與全社區）來緩解病人與家屬身、心、靈與社會的苦難。安寧療護已經被證實可以改善病人與家屬之生活品質、讓症狀得到更好的控制（例如：疼痛、呼吸喘之緩解……等）、提供心理支持以及靈性照顧。病人與家屬對照護滿意度得以藉此提升並且可以避免無效醫療，將寶貴的醫療資源做合理的分配（World Health Organization, 2002）。安寧療護的目標為協助臨終者善終、失親者善別，在世者可以善生（趙可式，2015）。安寧療護這個概念由英國 Dame Cicely Saunders 醫師於 1970 年代創始，之後「安寧療護」被認為是普世價值與醫療照護之本質，即在世界各地蓬勃發展，並於 1983 年首次引入臺灣，1990 年淡水馬偕醫院成立國內第一間安寧住院病房，之後因為受到民眾與政府的重視，漸漸開枝散葉，至今全國已經有 81 家醫院提供安寧療護住院服務，以及 122 家機構提供跨專業（醫師、護理師、社工師、心理師與宗教師）的安寧居家與社區服務。社區為導向之居家安寧療護服務內容，包括：(1) 環境評估與改裝、(2) 基本日常身體照顧、(3) 身體檢查與評估、(4) 症狀評估及護理方法與藥物指導、(5) 心理療護、(6) 靈性療護、(7) 病人社會層面及家屬的療護、(8) 瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理、(9) 喪葬準備與 (10) 家屬之傷慟撫慰（王思雅，2016）。

治療疾病且拯救生命被認為是醫療人員的天職，根據醫療法第 60 條與醫師法第 21 條，規定醫院診所遇有危急病人，應即依其專業能力與其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。另根據護理人員法第 26 條，規定護理人員執行

業務時，遇有病人危急，應立即聯絡醫師。但必要時，得先行給予緊急救護處理。在面對現代醫學科技尚無法治癒的病人時，上述法規卻可能增加病人臨終過程之折磨與苦難。因此，臺灣於 2000 年 6 月立法通過「安寧緩和醫療條例」，旨在尊重末期病人之醫療意願及保障其權益，賦予病人選擇生命末期醫療處置的權利，病人得以立意願書或親屬立同意書選擇於疾病末期時是否進行心肺復甦術或維生醫療，且接受安寧緩和療護服務，上述選擇得以透過書面撤回以保障國人於生命末期醫療決策之自由與空間。安寧緩和醫療條例歷經三次修法：(1) 2002 年修訂以賦予末期病人本人得以拒絕或撤除心肺復甦術與維生醫療之權利；(2) 2011 年修訂使醫療委任代理人與所有親屬一致同意且經過醫院倫理委員會審查通過，可終止或撤除原施予之心肺復甦術或維生醫療；(3) 2013 年增修只需要最近親屬「一位」代表簽屬同意書，便能終止或撤除原施予之心肺復甦術或維生醫療（陳殷正等，2016）。透過上述修法使此法規更趨完善，搭配政府於 2009 年公告增列其他八大非癌之疾病（例如：老年期及初老期器質性精神病態（如失智）、其他大腦變質（如中風）、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭、慢性腎衰竭及腎衰竭）可依法申請安寧療護服務且納入健保給付，讓更多病人族群受惠，提升生命末期生活品質。

然而，上述社區安寧療護模式與安寧緩和醫療條例皆未根據原住民族之特殊文化背景、健康照護需求以及對於生死之概念進行設計，臺灣原住民族安寧療護相關之研究非常少，導致國內族人的安寧療護使用率偏低。根據過去花蓮縣的研究，分析衛生局 1996 年至 2000 年之癌症死因統計，因癌症死亡之病患（包含平地原住民），於死亡前接受過安寧療護比例推估約 25%；而山地鄉原住民族人僅有 16.6% 於死亡前接受過安寧療護（張榮攀等，2002）。綜合上述資料，原住民族之長期照護與安寧療護需求不同於非原住民，且不應該以同一套標準來提供相關服務。

（二）健康不均等之「社會決定因子」影響安寧療護的使用率與發展

1986 年 WHO 所提出之渥太華憲章 (The Ottawa Charter) 已指出「健康促進」為重要之健康公共衛生議題，並且強調「社會決定因子 (social determinants of

health, SDOH)」為影響健康不均等 (Health inequalities) 之關鍵因素 (World Health Organization, 1986)。除了過去所認為基因 (5%)、生活型態 (20%) 與醫療資源分配 (20%) 是影響個人健康行為之重要因素之外，研究證實社會決定因子 (55%) 可能是最關鍵的主因 (Marmot, 2005)。根據 WHO 定義：「社會決定因子」意旨個人出生、成長、生活與老化之社會環境與情況。此情況將根據社會之財富分配 (distribution of money)、地區與中央之權力與資源配置 (power and resources) 而有不同 (World Health Organization, 2020)。衛福部國民健康署亦強調「社會決定因子」為弭平健康不均等之重要關鍵，其中包含文化、教育、貧窮、社會地位、壓力、工作環境、社會隔離、失業、社會支持、交通等 (衛生福利部國民健康署, 2017)。1992 年聯合國發表之「里約環境與發展宣言 (Rio Declaration)」早已將環境保護、經濟發展以及社會正義列為三大永續發展之核心價值，並且與健康之社會決定因子息息相關 (United Nation, 1992)。至今臺灣原住民族因各種社會決定因子之不平等 (例如：社經條件劣勢)，所造成之健康不均等情況仍未受到重視。2016 年國民健康署於臺灣健康不平等報告中指出，社經條件相對弱勢地區的國人，其預期壽命較社經條件相對優勢之地區短 (Health Promotion Administration, 2016)。此數據再次凸顯不平等之社會經濟條件，對臺灣原住民族健康所造成的威脅。而更早的論點，已於 1988 年被美國學者 Lynch 與 Kaplan 等人所發表的論文證實，較低的經濟收入與較高死亡率是有關連的 (Lynch et al., 1998)。

原住民族之健康不均等議題並未因為整體國人醫療科技與經濟環境有明顯改善。臺灣原住民族因為歷史與社會變遷，被迫遷移至山地部落，再加上過去長年殖民的影響，分配到的相關社會資源相較於非原民國人少。再者，偏鄉山地部落交通不便，對外連結不易，教育資源也相對都會區弱勢，導致在地原住民族健康認知不具有文化合適性，族人無從遵循有利的健康行為，諸如較少參與健康促進活動、預防保健服務利用率較低，最後導致急性醫療需求及醫療支出增加，影響醫療服務之永續發展 (熊誼芳、李英芬, 2018)。由於教育資源缺乏，原住民族之後代為求競爭力，紛紛移居都會區求學或工作，造成山地鄉部落人口嚴重外移，形成青壯年人口空洞，留下老年與幼年的族人。此為部落健康照護的一大隱憂。這些殖民歷史、環境與社

會因素都是影響原住民族健康促進與在地永續發展落差的關鍵，應該被加以正視。此現象並非臺灣獨有，紐澳美加之原住民族也面臨相同挑戰，因為資源缺乏及主流社會的適應困難，他們與當地非原住民國民相比，平均餘命亦有明顯的差距（表 2）（Anderson et al., 2016; 臺灣跨文化健康照顧學會等，2020）。2020 年 11 月由臺灣跨文化健康照顧學會號召臺灣原住民族社會工作學會、臺灣原住民族醫學學會及臺灣原住民族長期照顧聯盟協會等四個學術團體，同時強力呼籲主流的制度與政策，應亟力解決臺灣原住民族健康不均等議題，重視與探究族群背後的社會因素對族人健康所造成的影響性。此與 2012 年 WHO 所提倡之全民健康平等 (all for equity and health for all) 之全球行動 (global action) 相呼應，發展具原住民族文化敏感度之高齡健康照護（包含安寧療護）與相關法規，盡可能消弭健康不均等是刻不容緩之國家政策方向。

臺灣十六個原住民族因為社會變遷以及人口結構改變，對於安寧療護的需求也常因為不同文化背景與期待而日漸多元。根據熊等人於 106 年（熊誼芳，2017）與 107 年（熊誼芳、李英芬，2018）的科技部計劃成果提出，原住民族安寧療護品質因弱勢族群以及健康不均等因素而削弱，再加上語言隔閡、低社經地位以及較不易的資訊取得，都使得原住民族不容易理解「安寧療護」這個概念，進而降低其參與且

表 2 原住民族與非原住民平均餘命之國際比較

	澳洲		紐西蘭		加拿大		美國		臺灣	
	原住民 #	非原住民	原住民 (毛利人)	非原住民	原住民 (第一民族)	非原住民	原住民 &	非原住民	原住民*	全體國民
平均餘命										
男性	69.1	79.7	73.0	80.3	73.0	79.0	-	76.0	67.3	76.7
女性	73.1	83.1	77.1	83.9	78.0	83.0	-	80.9	76.0	83.2
整體							73.7	76.8	71.6	79.8

#包括托雷斯海峽群島人；&包括阿拉斯加原住民；*2014年衛生統計

資料來源：Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study；行政院原民會原住民族健康狀況統計；109年臺灣原住民族健康不均等聯合學術研討會

使用安寧療護的機會。此不僅降低原住民族之生命末期照護品質與選擇善終的機會，更可能增加無效醫療的使用，徒增病人的痛苦。Shahid 等人 (2018) 從澳洲、加拿大、美國及紐西蘭等國家發現，原住民族是醫療資源最不足的人群，而其安寧療護需求除了無法從人本的角度上關注個人的基本需求與偏好之外，各項數據皆明確呈現偏低的安寧療護的使用率，而原住民族與非原住民族之間在生死觀、疾病管理、健康與保健信念上有著極大的文化差異性；無論就政策的制定者及服務提供者缺乏具文化敏感度，適切性之安寧療護與生命教育知能是一大影響因素，且目前多元文化醫學教育課程多聚焦於醫療相關科系學生之課程，鮮少有針對部落文化健康照護人員之安寧療護教育培訓與評值。再者，國內目前幾乎沒有以社區為導向之原住民族安寧療護與生命教育相關研究。

二、研究方法

本研究團隊於 2021 年 4 月至 5 月進行文獻回顧 (literature review)。文獻回顧是一種有系統且明確地找出欲討論研究主題之相關文章與參考資料，並將文獻資料進行整合分析以提出建議，找出未來研究方向與探討臨床照顧議題的重要過程 (Bruns et al., 2013)。研究團隊使用華藝線上圖書館 Airiti Library 搜尋中文文獻，使用 PubMed 資料庫搜尋英文文獻，另外使用 Google 搜尋引擎搜尋國內相關法規、研討會與政策文件。有鑑於過去關於臺灣原住民族相關研究甚少，為避免遺漏重要文獻，本研究以「原住民族 (indigenous、aboriginal)」、「社區長期照顧 (community-based long-term care)」與「安寧療護 (palliative care)」為關鍵字進行搜尋 (英文搜尋語法：(((indigenous) OR (aboriginal)) AND ((community long-term care)) OR (palliative care))); 中文搜尋語法：((原住民) AND ((長期照顧) OR (安寧療護)))，文獻納入條件：(1) 不限制年份；(2) 中文或英文文獻；(3) 任何關於原住民族之社區長期照顧或安寧緩和療護之質量性文獻。根據本研究主題與目的，研究團隊成員包含：跨文化健康照護與原住民族健康專長之原住民學者兩位、安寧緩和療護學者一位，針對搜尋文獻進行標題、摘要以及內文討論與評析。文獻搜尋與挑選共分為兩個部分：

第一部分為資料庫檢索，搜尋到 726 篇文章，以及第二部分為網路搜尋政策文獻共 6 篇文章，排除與本研究主題無關（例如：非原住民研究、非醫藥衛生相關文章、非社區長期照顧與非安寧療護）文獻 696 篇後，30 篇文獻進入內文閱讀篩選，最終挑選出 11 篇文獻（文獻簡介請見表 3）與 5 篇政策報告（衛生福利部，2009；衛生福利部，2016a；衛生福利部，2016b；衛生福利部，2017；衛生福利部，2019），做為本文之論述基礎與架構（文獻篩選流程請見圖 2）。本文針對「發展原住民族文化合適性之社區安寧療護模式面臨的問題」進行「法規與政策」與「研究與臨床服務」層面之描述，並以此延伸進行最後討論、建議與結論。

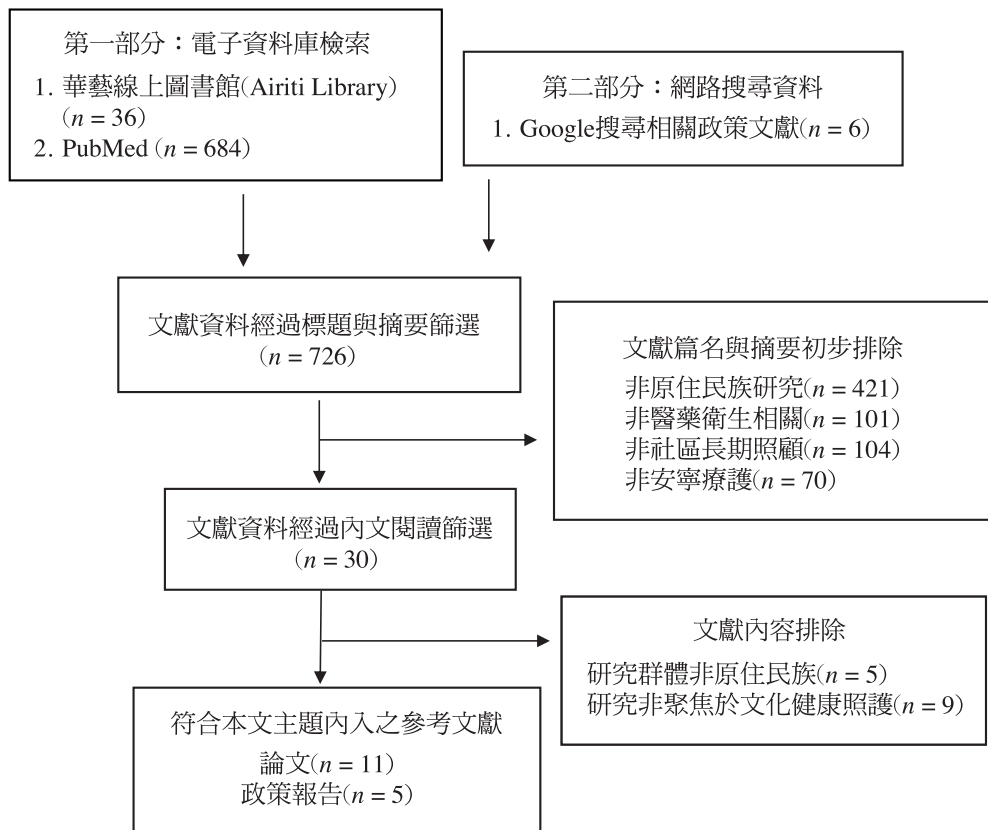


圖 2 研究文獻篩選流程圖

表 3 納入研究文獻簡介

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究者 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究論述結果
林妙玲、 黃志中 (2021)	長期照顧需求日益增加，當以人為本的，落實社區照顧的精神正努力實踐者，同時也是長照照顧十年計畫進入2.0，原住民族的長期照顧需求也應該一併被正視。	無	敘述性 綜論	非研究 文章	文獻探討與論 述	民眾對在地老化的期待，常是源自於對熟悉環境與文化連結的期待，因此政府在提供長期照顧服務資源時，應該考量民眾與其文化的連結，此篇提供以下政策建議： 1.發展具文化與實務的長期照顧人才培訓練機制。 2.打破現有的長期照顧框架，發展在地化的長期照顧模式。 3.讓原住民可以有更多機會參與原住民族地區的長期照顧服務政策規劃。
Holly Prince, Shevaun Nadin, Maxine Crow, Luanne Maki, Lori Monture, Jeroline Smith & Mary Lou Kelley (2019)	評估加拿大第一民族之當地安寧療護教育需求以改善社區提供安寧療護之能力	加拿大安大略省馬尼托巴省之四個第一民族社區族人	質性 研究	參與式 行動研 究(包 含焦點 團體、 個別深 度訪談 與調查)	質性社區 聚焦分析 (community- specific analysis)與社 區比較分析 (comparative community analysis)	研究發現當地病人、家屬、社區民眾、內部與外部醫療人員有社區安寧療護教育之需求。為達成上述需求，需要更廣泛且豐富的教育相關資源支持。具文化適切性之教育素材被認為是具可近性且被使用，不僅針對當地第一民族族人，更可被運用在他原住民民族之社區安寧療護上。透過不同層級的教育訓練(例如：個人層級、第一民族社區內層級以及國家健康系統層級)以達到全面且完整的改變與服務品質提升。個人層級需加強個

表 3 納入研究文獻簡介 (續)

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究者 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究論述結果
Shevaun Nadin, Maxine Crow, Holly Prince & Mary Lou Kelley (2018)	描述加拿大偏鄉第一民族以社區為導向之安寧療護服務計劃(The Wiisokotaatiwin Program)內容並報告其前驅執行成果	安大略省第一民族社區	質性 混合 研究	參與式行動研究(包含焦點團體、量性問卷調查與文件回顧分析)	量性研究：描述性統計分析；質性研究：歸納型主題式分析(inductive thematic analysis)	<p>人與家屬於在宅之照護知識與技能提升；第一民族社區內需擴充至社區耆老、領袖與社區民眾之教育以提供在宅照護量能；國家層級需整備社區以外之資源與以協助安寧療護能夠順利執行。</p> <p>本研究展示如何透過文化評估需求、產生建議、並發掘教育資源、最終於當地社區執行計劃以改善第一民族社區安寧照護品質。</p> <p>經過10個月的前驅測試，研究發現此計劃能照原本規劃的形式與過程進行。研究更指出當地社區確實有社區安寧療護之需求。此外本計劃亦達成計劃層面成果(例如：增強現有照護、增加合作關係、病人接受安寧療護評估、24/7支持性照護、病人能參與自主照護計畫擬定、病人與家屬有管道可以得到相關照護與教育資訊、病人照護過程與成果能夠被不同照護單位分享與交班)與系統層面成果(例如：降低再入院率、減少急診訪視率與降低住院日數等)。</p>

表 3 納入研究文獻簡介 (續)

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究者 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究論述結果
Shaouli Shahid, Emma V. Taylor, Shelley Cheetham, John A. Wood, Samar M. Aoun, & Sandra C. Thompson (2018)	透過文獻回顧了解如何提供澳洲、紐西蘭、加拿大與美國當地原住民民族具文化安全性之安寧療護並且比較不同族人偏好、需求、機會與阻礙。	無	質性 研究	系統性 文獻回 顧	敘事分析 法(narrative analysis)	<p>參與計劃之第一民族病人與其家屬對於此計劃都感到滿意並且認為此計劃能滿足其照護需求。本計劃也被認為可以適用於其他原住民社區。本研究證實偏鄉之第一民族是有能力可以發展具文化敏感度之安寧療護服務模式以融入常規照護，藉此改善並滿足族人之安寧療護需求。</p> <p>作者檢視522篇文章後，共39篇符合納入條件被納入分析。儘管不同國家族人有不同經驗，研究發現族人對安寧療護之偏好共通點為：在家死亡/死亡地點離家近、需要家屬參與、需融入文化照顧。阻礙因子包括：可近性且可負擔性低、缺乏對安寧療護之意識、對於安寧療護之認知與不適的安寧療護服務。改善上述問題之策略包括：增加社區參與、具彈性之介入、持續的教育與訓練提供、全人照護以及與當地團體結盟合作。</p>

表 3 納入研究文獻簡介 (續)

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究者 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究論述結果
怡懋・蘇 米、 許木柱 (2016)	探討目前國內的 現行的長期照顧 服務狀況，以及 跨文化的照顧內 涵與重要性，強 化原住民部落長 期照顧服務資源 以及文化獨特需 求，以提升原住 民族的健康照顧 福祉與安適感。	無	敘述性 綜論	非研究 文章	文獻探討與論 述	<p>長期照顧服務的推動，必需與原 住民的族群傳統信仰與文化結合，如 何掌握「在地老化」的原則，幾點建 議如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.必須獨立考量各族群在地的資源， 並充分掌握每個部落文化的差異性 2.在現有土地與建築法規高門檻資格 的限制下，導致長照機構設置申請 困難未來建議照顧場域的建築設計 模式 3.應融入在地文化與自治觀點，方能 落實高運用率 4.人才回流或留任，結合教育衛生規 劃與留住各類人才於原鄉為迫切之 急 5.建議依據各族群的文化獨特性，發 展長期照顧的文化照顧方案 6.全面性的盤點各縣市現有的各類照 顧資源，以扶強輔弱的方式進行 7.「一部落一日托」為衛生福利部未 來擬定部落的長期照顧托老方案 <p>結合以上建議共同推展原住民部 落長期照顧，強化原住民部落的長期 照顧服務資源。</p>

表 3 納入研究文獻簡介 (續)

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究者 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究/論述結果
許俊才 (2015)	本文以花蓮縣豐濱鄉為主要的討論場域，透過與實務工作者的互動與訪談，共同思索挑戰部落在地老化的服務策略，並探討部落參與的機制與自主的可能性，以提供未來有關原鄉／偏鄉地區部落在地老化長期照顧政策建議與思考。	花蓮縣豐濱鄉之居民	質性研究 著重於部落民眾(花蓮縣豐濱鄉之居民)的經驗、態度以及觀點	採用個別訪談、田野觀察資料及文件資料收集等方法	內容分析法(content analysis)	研究結果指出現行的長期照顧服務在花蓮縣偏鄉(豐濱鄉)的實施仍有諸多需要改進之處，包括服務在地化不足、可及性不足、文化敏感度不足、人力流動率高等，但除此之外，由於地方政府透過區域劃分以及服務委託(招標)的方式造成了服務的「脆裂」，也喪失了所謂市場機制；此外，長期照顧服務皆是以所謂的「在地老化」做為主要的長照政策目標，但更如何落實「在地健康老化」的概念應該更符合偏鄉文化照顧生活的精神。
Anthony P O'Brien, Melissa J Bloomer, Pam McGrath, Katherine Clark, Tony Martin, Mark Lock,	透過文獻回顧以了解並評析澳洲新南威爾斯州原住民民族安寧療護與生命末期照護之照護模式	敘述性綜論	非研究 文章	文獻探討與論述	敘述性綜論	

表 3 納入研究文獻簡介 (續)

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究論述結果
Tina Pidcock, Pamela van der Riet & Margaret O'Connor (2013)						<p>文獻指出澳洲原住民是相對人數非常少的一個群體，其文化信仰、生活方式與價值觀明顯與主流之醫療照護不同，原住民強調他們與生活土地之靈性連結，文化強調與族人的互動與強烈羈絆。因上述原因，導致族人就不容易可以得到主流安寧療護之照護。過去二十年，僅有發展出兩個文化適切性之安寧療護模式，而且相關之研究資料與數據相當缺乏。故主流安寧療護服務與族人當地團體之合作並且尊重族人之文化信仰發展具文化敏感度之服務是根本。培訓族人並找出倡議者，提供持續性之教育與訓練，並且深入社區以推廣概念、發展本土化之照護模式為強化社區原住民安寧療護服務之策略。</p>
陳怡懋 (2003)	本研究為探討台灣東部三個原漢族群疼痛經驗下之文化意涵，並釐清族群間疼痛經驗的差異性	東部某區域教學醫院急性骨外科病房，共訪問21位急性骨折患者，分別是阿美族7位、泰雅族6位及漢族8位。	質性研究	民族誌研究法，資料收集採用個別深度訪談與參與觀察。	內容分析法(content analysis)	<p>研究分析主題區分為疼痛反應方式、疼痛信念及止痛藥使用信念。發現在疼痛反應方式上，泰雅族傾向於壓抑情緒表露，阿美族為直接情緒表露，而漢族則呈現理性情緒表露。在疼痛信念部分，漢族傾向於擔心疾病預後的理性/知識取向，而泰雅族則期望疼痛能立即獲得緩解的情感取向。</p>

表 3 納入研究文獻簡介 (續)

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究者 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究論述結果
Pam McGrath, Hamish Holewa & Zoe McGrath (2007)	發展澳洲偏鄉原住民之創新安寧療護照護模式	澳洲偏鄉 (East Arnhem Land, the Katherine Region) 和 Alice Springs and Darwin) 之原住民	質性研究	描述現象學研究 (深度訪談)	主題分析法 (thematic analysis)	止痛藥的使用信念部分，漢族傾向負向信念，而普遍泰雅族則對止痛藥的使用有正向信念。 研究結果可運用於發展偏鄉原住民安寧療護照護模式。主要遭遇之困境面向為：設備、權利、交通、距離。透過電話提供照護與訪問為未來偏鄉照護之重要創見。研究發現社區護理師為提供偏鄉原住民安寧療護之關鍵人物。
張榮攀、王英偉、鴻義章、范德鑫 (2002)	了解台灣四大族群(外省、原住民、閩南人與客家)癌症末期病患在安寧療護型態之差異	花蓮慈濟醫院心連病房安寧醫療之已往生790個案病歷紀錄。	量化研究	病歷回顧	描述性統計	花蓮縣癌症死因病患接受安寧療護約提升25%、山地原住民約提升16.6%。外省人沒有陪伴者19.6%、本人為主要決策者為58.8%、期待與實際往生場所所在醫院照顧至往生的比例皆為最高。發病到死亡3年內，發病到初診平均外省人46.8天為最高，山地原住民12.8天為最低。初診到死亡，外省人平均240.2天為最低、山地原住民為262.2天為次低、閩南人337.6天為最高。最後一次住院平均山地原住民28.2天為最高、客家人15.5天為最低。四大族群中，男性病患陪伴者多為伴侶，女性則為子女。

作者 (發表年)	研究/ 文章目的	研究者 參與者	研究 類型	研究 方法	分析 方法	主要研究論述結果
Chien-Chou Hou & Tsuann Kuo (2019)	居家照護服務如何向原住民共同合作、管理及提供。	10名來自台灣新竹及苗栗的公共衛生管理人員。	質性研究	此質性訪談的結構問卷由居家照護專家審查及給予建議。	內容分析 (content analysis)	結果顯示 1.原住民與非原住民居家照護使用模式和態度不同 2.居家照護的使用受限於文化、經濟及語言。 3.居家服務照顧服員面臨文化及社會結構的挑戰。 4.政策和服務條款過於嚴格，沒有因應原住民文化所需的社會結構而做調整。
						期待往生場所為醫院之比例：外省人(51.4%)、閩南人(34%)、原住民(13.4%)、客家人(13%)。

三、研究結果

根據上述文獻回顧，本文分別針對「法規與政策面」與「研究與臨床服務面」進行發展原住民族文化合適性之社區安寧療護模式面臨的挑戰與建議之論述：

(一) 法規與政策層面

我國為保障原住民族基本權利，於民國 94 年公布「原住民族基本法」，其中第二十四條規定「政府應依原住民族特性，策訂原住民族公共衛生及醫療政策，將原住民族地區納入全國醫療網，辦理原住民族健康照顧，建立完善之長期照護、緊急救護及後送體系，保障原住民健康及生命安全。而 109 年 12 月經過 24 位立法委員連署將「原住民族健康法草案」送進立法院第 10 屆第 2 會期第 8 次會議議案，當中第一條即訴求「各級政府制定或施行原住民族健康照護政策或措施，應以原住民族為主體，尊重各原住民族之意願、傳統與文化」；因此，共 23 條的條文內容中從中央的健康政策、各縣市政府的原住民族健康權責單位、人才培育、計畫介入措施及各健康場域之服務模式等，皆提出積極建構以原住民為主體之健康照護政策，推展原住民族之健康生活，以消弭原住民族健康不平等的情形。

回顧過去半個多世紀，臺灣原住民族之健康相關政策包括三大部分；(1) 基層衛生保健設備與人力的充實；(2) 遠距醫療以及 (3) 緊急傷患就醫補助與急救訓練。重要政策包括 (1) 民國 58 年開始之原住民醫事人力培育計畫，至民國 105 年止一共培育了 521 名醫事人員投入山地鄉服務；(2) 民國 83 年全民健保實施並將原住民等弱勢族群納入保護傘下；(3) 民國 87 年，衛生署醫政處設立「山地離島科」，負責山地與離島衛生業務之推展；(4) 民國 89 年推動「部落健康營造」計畫，開啟以健康促進為目標，以部落為單位之健康政策；(5) 民國 96 年推動「長照十年計畫」，針對失能與高齡健康照護進行研擬與推廣以及 (6) 民國 105 年推行「長照十年計劃 2.0」並在衛福部設立「長期照顧司」以推廣並提供社區高齡長照服務。可發現政策多著重於「硬體建設與規範」，對於軟實力（例如：人力培訓與服務內容）之投注較少。此外，衛福部於 2016 年所頒布之衛生福利部政策白皮書暨原住民族專章內明確設立

國人安寧療護之未來發展目標，但在原住民專章中隻字未提，國內原住民族之安寧療護服務發展明顯受到忽略（衛生福利部，2016a）。

原住民族或少數民族偏好社區式 (community-based) 或居家式 (home-based) 照護，並非主流都市族群偏好之機構式 (institutional-based) 照護（張榮攀等，2002；Prince et al., 2019; Nadin et al., 2018）。因此，原住民委員會於 2015 年所訂頒之「推展原住民部落文化健康照顧計畫」中，設置「部落文化健康站」以提供以社區與居家照護為導向之健康照護，從 109 個部落至今已設置 433 個文化健康站，皆強調文化健康照護，以及落實在社區中族人照顧族人的概念（怡懋·蘇米、許木柱，2016）。儘管硬體設備逐漸整備，關鍵的「軟實力」的人員培訓與教育計畫卻未跟上 (Shahid et al., 2018)。國內外文獻指出鮮少有健康照護人員能提供族人具文化敏感度之安寧療護（怡懋·蘇米、許木柱，2016；McGrath et al., 2007; O'Brien et al., 2013; Shahid et al., 2018）。因此，大多生命末期或是臨終的族人多必須送往鄰近的醫院接受照顧。此外，礙於原住民族健康照護制度與環境之問題（例如：居住的環境限制、交通不便形成地理障礙、醫療資源與設備不足、醫療人員人力不足或流動率高、經濟阻礙以及文化語言隔閡），使族人無法在地接受高品質社區或居家安寧療護服務，對於族人之生命末期照護品質有很大的影響（林妙玲、黃志中，2021；許俊才，2015；McGrath et al., 2007; Shahid et al., 2018）。

國內原住民族之平均餘命較國人低，此外，其各類疾病死亡率亦較國人高，因此其生命末期照護需求（例如：症狀控制、心理支持與靈性照護等）需求也較高，然而此需求目前被忽略且未進行及早地全面性評估（衛生福利部國民健康署，2019；Nadin et al., 2018）。臺灣政府與醫療單位積極宣導安寧療護概念多年，卻未針對國內原住民族發展符合其文化敏感度之相關政策與措施，已頒布之國家健康政策也未見原住民族文化適切性「安寧療護」的推廣與人員訓練。死亡是每個人必經之歷程亦是正常生命過程的一部分，應該被包含進健康照護的連續光譜中。然而，目前尚未有相關規範與服務，這也是一種原住民族之健康不均等的體現。所有病人皆有要求善終的權利，而且接受安寧療護免於苦難早已被 WHO 認為是基本人權。WHO 更建議應該增加全球安寧療護照護能量，以回應逐年增加之人群需求，更重要的

是，尊重不同文化族群，提供具文化合適性之安寧緩和療護以提升全球健康覆蓋率 (Universal Health Coverage) (Knaul et al., 2018)。

(二) 研究與臨床服務層面

原住民族長久歷史所發展出來之特殊傳統醫療早在西方醫療的引進逐漸凋零與消失，然而，原住民族傳統文化意義中的生死觀、健康疾病觀與社群概念和西方科學之醫療原理相差甚大 (怡懋·蘇米·許木柱，2016；McGrath et al., 2007; O'Brien et al., 2013; Shahid et al., 2018)，例如：傳統之泰雅族文化認為死亡可分為善終與惡死：自然老死、病死家中者與在臨終時有親屬在旁陪伴者歸為善終，所以遺體可以在屋內停留並其靈魂將回歸祖靈 (Utux) 的懷抱；然而非自然死 (例如：戰死、被動物咬死、溺死、難產或自殺等) 皆算惡死，必須被丟棄在野外，族人如果接觸將會帶來厄運 (唐婉如，2008；華國媛等，2010；劉易齋，2016)。另外，不同族群對於「疼痛」之認知與解釋也不盡相同。過去學者針對不同族群對於疼痛之解讀與其文化意涵進行質性研究，發現泰雅族人對於疼痛傾向忍耐，不怕死亡但怕疼痛，對於止痛藥使用之信念態度較為正向 (意即有痛就要吃藥緩解它)；阿美族人對於疼痛則選擇較直接情緒表達 (例如：哭泣或提高音量表達)；而漢族則多忍痛且理性分析服用止痛藥的優缺點，且對於死亡之恐懼大於疼痛 (陳怡懋，2003；李崇仁等，2009)。「疼痛控制」被視為是安寧療護中症狀控制之重要指標，由上述可知不同族群所需要之安寧療護模式也不盡相同。充分了解族人之生死觀以及在原住民傳統文化中何謂「善終」？為建構具文化敏感度之安寧療護之第一步，並做為生命末期照護與相關醫療人員 (原民與非原民) 之訓練重要背景知識。此教育訓練措施之目標除了增加個人與家屬在宅安寧療護之相關知識與技能，更需要擴展至整個族人社區對於在宅安寧療護之支持與協助，透過國家政策鞏固相關資源與人力以作為整體訓練計劃之後盾，如此才能透過整體且全方位之訓練達到臨床服務人員培訓與族人公共意識提升 (Prince et al., 2019)。無法充分理解其文化脈絡並將西方主流文化所發展的健康照護強加於原住民族身上，不僅是缺乏文化安全性與敏感度之作為，更浪費寶貴之醫療資源。此舉不僅未能提升族人之健康，反而對群體健康是一種威脅與破壞 (Prince et al., 2019; Nadin et al., 2018; O'Brien et al., 2013)。

四、討論與結論

(一) 討論

1. 探索國外原住民族安寧療護照護模式作為國內發展本土化照顧之參考

提供具原住民族文化適切性之安寧療護需求，亦被國外專家學者證實為重要且刻不容緩之國家健康照護政策 (Prince et al., 2019; McGrath et al., 2007; Nadin et al., 2018; O'Brien et al., 2013; Shahid et al., 2018)。本文納入澳洲、紐西蘭、加拿大以及美國之相關研究與建議，發現影響文化照護提供之阻礙有：(1) 低可近性 (inaccessibility) 與可負擔性 (affordability)；(2) 缺乏對於安寧療護服務之公共意識 (lack of awareness of services)；(3) 對於安寧療護之錯誤概念 (perception of palliative care) 與 (4) 缺乏文化適切性之安寧療護服務 (inappropriate services)。改善上述阻礙之施行策略有：(1) 社區參與和歸還照護所有權 (community engagement and ownership)；(2) 具彈性之介入過程 (flexibility in approach)；(3) 持續之民眾教育與醫療人員訓練 (continuing public education and staff training)；(4) 全程服務概念引進 (whole-of-service approach) 與 (5) 當地組織之連結與夥伴關係建立 (local partnership among multiple agencies) (Prince et al., 2019; McGrath et al., 2007; Nadin et al., 2018; O'Brien et al., 2013; Shahid et al., 2018)。

根據國外文獻回顧結果，原住民族文化照顧模式之關鍵要素包含：(1) 社區參與 (community engagement)；(2) 持續之照顧者教育與醫療人員訓練 (education and training for providers, carers and support workers)；(3) 文化安全照護策略 (culturally safe service delivery strategy)；(4) 具彈性的組織建構與服務內容 (flexible organization and program structure)；(5) 以病人為中心之照護 (patient-centered care) 與 (6) 品質控管 (quality service delivery)，詳細內容請見表 4 (Prince et al., 2019; McGrath et al., 2007; Nadin et al., 2018; O'Brien et al., 2013; Shahid et al., 2018)。

2. 對未來發展原住民族文化合適性之社區安寧療護模式的建議

根據本文文獻回顧結果與國外研究探索，可以發現因為社會快速變遷，原住民族之生活多已被主流文化（例如：漢文化、西方基督教或天主教文化等）影響，原住

表 4 原住民族文化適切性安寧療護照護模式要素

社區參與(community engagement)	<ul style="list-style-type: none"> ● 當地部落/社區需求辨識 ● 密切且堅實之社區連結與參與以共同做安寧療護之設計規劃、決策與執行 ● 社區重要人士之領導
持續之照顧者教育與醫療人員訓練(education and training for providers, carers and support workers)	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫療人員持續訓練以提升技能 ● 提供部落族人教育與宣導(族人教導族人) ● 發展文化適切性之教材與教案
文化安全照護策略(culturally safe service delivery strategy)	<ul style="list-style-type: none"> ● 將安寧療護融入平時常規照護中 ● 發展以團隊為基礎之全程文化照護 ● 創新且細心的整合現有資源以提供合適文化照護 ● 當地醫療單位與人員之支持
具彈性的組織建構與服務內容(flexible organization and program structure)	<ul style="list-style-type: none"> ● 足夠且富有彈性可運用之經費支持 ● 穩定的組織架構 ● 提供安寧療護所需之基礎建設(物理環境、可近且可負擔之服務建置) ● 支持性之組織/國家政策 ● 與當地照護組織(衛生所、醫院、健康照護網絡與學術單位)形成夥伴關係
以病人為中心之照護(patient-centered care)	<ul style="list-style-type: none"> ● 提供具文化安全性之照護(尊重族人傳統文化與醫療照護模式) ● 個別化之照護服務(多專業團隊照護、居家社區化服務與資源轉介連結) ● 家(族)人參與安寧療護決策(死亡地點、照護模式、族人賦能、部落化為導向之生命末期照護)
品質控管(quality service delivery)	<ul style="list-style-type: none"> ● 持續的服務品質監控機制 ● 系統化資料收集與分析以改善服務品質

民族傳統文化已逐漸式微，許多年輕族人對於傳統文化之理解與印象薄弱（怡懋·蘇米、許木柱，2016；Prince et al., 2019; Nadin et al., 2018; O'Brien et al., 2013）。目前國內熟習原住民族傳統文化與部落健康照護模式之耆老人數所剩無幾。本文除提倡需盡快根據原住民族文化脈絡的生死觀與健康觀建置安寧療護模式並培訓相關照護人員提升軟實力，更建議政府相關單位（例如：原住民委員會、衛生福利部）能夠及早開始協商規劃，以提升族人的生命品質。此外，國內長照 2.0 計劃擴大服務內容，將「原住民社區整合並預防或延緩 55 歲以上之原住民國人失能」列為重點目標（衛生福利部，2016b）。然而，符合國內原住民族傳統文化之社區整合照護尚未被發展。安寧療護早已被納入社區在宅長照系統中，未來之研究應朝上述方向設計，並將結果融入以因應國家未來長照政策，並提供跨文化之照護以提升原住民族的生命末期照護品質與安適。以下提出三點原則以說明發展以社區為導向之跨文化原住民族安寧療護模式應該具備之重點：

(1)及早地進行全面性、整體性與系統性之文化調查、探勘、資料庫建置與品質監控：設計與執行計畫前，必須有系統性的針對目標族群進行完整且深入的調查與了解。建議整合國家研究資源並且與原住民族專業團體（例如：臺灣跨文化健康照顧學會、臺灣原住民族社會工作學會、臺灣原住民族醫學學會及臺灣原住民族長期照顧聯盟協會）建立夥伴關係，成立南島語族研究聯盟，致力於國內跨文化研究調查，並透過系統性的資料蒐集、管理、分析與分享，並且建置統一資料共享平臺（Nadin et al., 2018; Shahid et al., 2018），由原住民族學者進行管理、審查與統籌，除了能提供未來國家不同族群之健康照護政策之參考，更能成為海外其他南島語系國家發展生命末期照護與安寧療護之學習標竿。

(2)落實原住民族健康法，相關政策應考量原住民族面臨之健康不均等現況以個別化修訂相關法規：自 109 年 12 月原住民健康法仍然僅是草案，若能積極推動立法，亦可真實的改善原住民族健康不均等及各健康需求解決的議題。目前國內長期照護政策考量與照護方案皆以西方與漢文化為設置參考，此結果侷限了在地化以及部落化之原住民族社區長期照顧實踐，甚至缺乏合宜的安寧療護服務架構。應該以了解當地部落環境與人文互動模式，並設計符合當地文化脈絡與環境資源之安寧療護流程與模式（怡懋·蘇米、許木柱，2016；Shahid et al., 2018）。應該個別性考量部落與

社區之異同，透過上述全面性且系統性之調查，分析健康照護資源與量能之差異，以做為未來國家資源分配、機構制度與人員培訓之參考。

(3)持續性教育與整合資源培養臨床與研究人才以發展跨文化的安寧療護模式：應根據族群不同的文化背景，了解其文化內涵中對生死觀念之認知以及詮釋，比較文化間之差異與共通處(Shahid et al., 2018)。爾後根據當地的資源以及人員組成(例如：個案、家庭、群體與社區組織)，整合主流照護資源與體系，察覺其文化中之細膩且隱含之意義與體現，進而與個案與案家一同設計並討論出適當之照護措施(Prince et al., 2019)。透過對於文化異同之學習，健康照護人員能夠習得文化能力並且提供具文化敏感度之安寧療護，以協助原住民族人在生命的最後一哩走的安心且有尊嚴，更重要的是透過扎實且嚴謹的研究與定時服務審查以培育人才與設計訓練教材，並藉此提升服務品質。透過對於文化之理解與學習，發展具彈性且符合文化期待之全人、全家、全程、全隊及全部落之原住民族文化的生命道別儀式與過程，必要時依據原住民族之傳統祭典或儀式，抑或是原住民族社區主要之宗教信仰(例如：天主教、基督教及真耶穌等)舉行喪禮與追思活動，一方面弔念逝去的族人，另一方面撫慰喪親的族人(Nadin et al., 2018; O'Brien et al., 2013)。

(二) 結論

高齡化的社會以及國人長期照顧之需求是國內近年來面臨的重大挑戰。國家設置長照 2.0 計劃試圖為社區為導向之在地化照顧增能，以應映龐大的照護需求。除了健康、亞健康、失能、失智與重症之國人，社區與居家生命末期與臨終的病人抑是我們應該關注的族群。儘管政府與衛生福利部擬定政策與策略以培訓能提供社區安寧療護之健康照護人員，但卻未考量到不同文化之原住民族國人之善終需求。國內尚未有依照臺灣原住民族之文化設計之安寧療護模式與教育素材。缺乏具文化敏感度之部落健康照護者，使得在部落提供具文化安全之安寧療護之難度增加，不僅可能因為文化隔閡與醫病之間不理解影響照護品質，更可能耗費寶貴的國家資源。呼籲國家應該正視部落自主與文化獨特性，依照不同文化背景與個別考量，投入資源與擬訂配套措施以培訓部落族人於在地提供安寧療護，進而達到族人在地老化以及在部落善終的目標。

致 謝

感謝國立陽明交通大學護理學院社區健康照護所黃智筠碩士研究生與徐紹恩碩士研究生協助文獻整理與編輯。

參考文獻

- 內政部 (2018)。內政統計通報：107 年第 15 週。中華民國內政部。https://www.moi.gov.tw/files/news_file/107%e5%b9%b4%e7%ac%ac15%e9%80%b1%e5%85%a7%e6%94%bf%e7%b5%b1%e8%a8%88%e9%80%9a%e5%a0%b1_%e9%ab%98%e9%bd%a1%e7%a4%be%e6%9c%83.pdf
- 內政部戶政司 (2021)。110 年第 18 週內政統計通報原住民族人口。中華民國內政部。https://ws.moi.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvNDAL3JlbGZpbGUvOTAwOS8yMTUyNzIvMjU2YzQzMtMDdiNS00YjhlLTgwMjUtZjA2MDBmYjFmNGY5LnBkZg%3d%3d&n=MTEw5bm056ysMTjpgLFf5Y6f5L2P5rCR5peP5Lq65Y%2bjLnBkZg%3d%3d
- 王思雅 (2016)。長期照顧體系下的安寧居家療護。社區發展季刊，153，170-181。
- 臺灣跨文化健康照顧學會、臺灣原住民族社會工作學會、臺灣原住民醫學會、臺灣原住民族長期照顧聯盟協會 (2020 年 11 月 21 日)。109 年臺灣原住民族健康不均等之聯合學術研討會。109 年臺灣原住民族健康不均等之聯合學術研討會，臺中市，臺灣。
- 李崇仁、李茹萍、邱艷芬、李家琦、蔡爵任、怡懋、蘇米、許木柱 (2009)。臺灣東部不同族群間疼痛經驗與文化意涵之研究。中華心理衛生學刊，22(2)，181-202。https://doi.org/10.30074/FJMH.200906_22(2).0004
- 怡懋、蘇米、許木柱 (2016)。臺灣原住民族長期照顧之跨文化政策議題與省思。護理雜誌，63(3)，5-11。https://doi.org/10.6224/JN.63.3.5
- 林妙玲、黃志中 (2021)。原住民族地區長期照顧資源布建困境與政策建議。護理雜誌，68(2)，6-11。https://doi.org/10.6224/JN.202104_68(2).02

- 原住民族委員會 (2020)。10910 現住原住民人口數按族別及年齡統計表。原住民族委員會。file:///D:/Users/User/Downloads/10910%E7%8F%BE%E4%BD%8F%E5%8E%9F%E4%BD%8F%E6%B0%91%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E6%95%B8%E6%8C%89%E6%97%8F%E5%88%A5%E5%8F%8A%E5%B9%B4%E9%BD%A1%E7%B5%B1%E8%A8%88%E8%A1%A8%20(1).htm
- 唐婉如 (2008)。原住民青少年之生死觀－以阿美族、泰雅族為例。安寧療護雜誌，13(2)，156-167。https://doi.org/10.6537/TJHPC.2008.13(2).2
- 陳怡懋 (2003)。花蓮縣原住民病患疼痛經驗之社會文化意含相關性探討。[未出版之碩士論文]。慈濟大學原住民健康研究所。
- 陳殷正、劉郁孚、蔡蕙珊、林玉書、范建得 (2016)。安寧緩和醫療條例回顧與探討。醫學與健康期刊，5(1)，25-34。https://doi.org/10.6224/JN.202104_68(2).02
- 國家衛生研究院 (2020)。106 年原住民族人口及健康統計年報。原住民族委員會。https://www.cip.gov.tw/portal/getfile?source=2D838540F5D6F659FAFB9859EF31AC3B381A272F479D65D98D902DFAAFC2E15470AA98D92A8DB9ECB81F6C5934A239AAAAD11A8CD803163B3B91B9DF71659F0C&filename=8A0F376F47DC56063D3CD606F117241350E32B03FBDD42DA5175AC2649574C5315E6A529B9D3427D
- 張榮攀、王英偉、鴻義章、范德鑫 (2002)。臺灣四大族群癌末病患接受安寧療護型態之比較－以花蓮縣某醫學中心為例。安寧療護雜誌，7(1)，1-9。https://doi.org/10.6537/TJHPC.2002.7(1).1
- 許俊才 (2015)。原住民族偏鄉與「在地健康老化」的對話。臺灣原住民研究論叢，17，29-61。
- 華國媛、洪翊隆、林昭光 (2010)。泰雅族人的生死觀。師大書苑。
- 熊誼芳 (2017)。以序列型混合研究法探究臺灣原住民癌患對安寧緩和醫療之公眾理解、存在超越及死亡接納之生命態度、與預立醫療自主計劃參與行為。科技部補助專題研究計畫成果報告，計畫編號：MOST106-2511-S715-001。

- 熊誼芳、李英芬 (2018)。原住民健康照護者之多元文化照護能力：初探安寧療護醫護社心人員之「預立醫療自主計畫」自覺、病人自主權代言態度及跨文化照護自我效能。科技部補助專題研究計畫成果報告，計畫編號：MOST107-2511-H715-001
- 趙可式 (2015)。安寧療護是普世價值且為護理的本質。護理雜誌，62(2)，5-12。
<https://doi.org/10.6224/JN.62.2.5>
- 劉易齋 (2016)。〈莫那·魯道的原住民生死觀〉—以「霧社事件」之原住民抗日壯烈殉難史實為例。國防大學通識教育學報，6，1-16。
- 衛生福利部 (2009)。2020 健康國民白皮書。衛生福利部。
- 衛生福利部 (2016a)。2025 衛生福利政策白皮書暨原住民族專章。衛生福利部。
- 衛生福利部 (2016b)。長期照顧十年計畫 2.0 (106-115 年) 核定本。衛生福利部。
- 衛生福利部國民健康署 (2017)。消弭臺灣健康不平等之行動策略。國民健康署。
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1089&pid=6416>
- 衛生福利部國民健康署 (2019)。安寧療護。國民健康署。<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=210>
- 鄧桂芬、李玉春、楊哲銘、黃國哲 (2019)。影響臺灣家庭使用長照十年計劃 2.0 的相關因素分析。臺灣公共衛生雜誌，38(5)，521-536。[https://doi.org/10.6288/TJPH.201910_38\(5\).108081](https://doi.org/10.6288/TJPH.201910_38(5).108081)
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., Tynan, M., Madden, R., Bang, A., Coimbra, C. E., Jr., Pesantes, M. A., Amigo, H., Andronov, S., Armien, B., Obando, D. A., Axelsson, P., Bhatti, Z. S., Bhutta, Z. A., Bjerregaard, P., Bjertness, M. B., Briceno-Leon, R., Broderstad, A. R., Bustos, P., Chongsuvivatwong, V., Chu, J., Deji, Gouda, J., Harikumar, R., Htay, T. T., Htet, A. S., Izugbara, C., Kamaka, M., King, M., Kodavanti, M. R., Lara, M., Laxmaiah, A., Lema, C., Taborda, A. M., Liabsuetrakul, T., Lobanov, A., Melhus, M., Meshram, I., Miranda, J. J., Mu, T. T., Nagalla, B., Nimmathota, A., Popov, A. I., Poveda, A. M., Ram, F., Reich, H., Santos, R. V., Sein, A. A., Shekhar, C., Sherpa, L. Y., Skold, P., Tano, S., Tanywe, A.,

- Ugwu, C., Ugwu, F., Vapattanawong, P., Wan, X., Welch, J. R., Yang, G., Yang, Z., & Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*, 388(10040), 131-157. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00345-7)
- Bruns, N., Grove, S. K., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Philadelphia: Saunders.
- Health Promotion Administration, M. o. H. a. W. (2016). *Health inequalities in Taiwan*. Health Promotion Administration, M. o. H. a. W., University of College London, Institute of Health Equity.
- Prince, H., Nadin, S., Crow, M., Maki, L., Monture, L., Smith, J., & Kelly, M. L. (2019). "If you understand you cope better with it": the role of education in building palliative care capacity in four First Nations communities in Canada. *BMC Public Health*, 19(1), 768. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6983-y>
- Hou, C. C., & Kuo, T. (2019). Home Care Services for Indigenous Population in Taiwan: Cultural and Socio-Structural Implications for Long-Term Care Policy. *Journal of Gerontological Social Work*, 62(3), 306-323. <https://doi.org/10.1080/01634372.2019.1575307>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., & Rajagopal, M. R. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*, 391(10128), 1391-1454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8)
- Lin, C.-P., Evans, C. J., Koffman, J., Sheu, S.-J., Hsu, S.-H., & Harding, R. (2019). What influences patients' decisions regarding palliative care in advance care planning discussions? Perspectives from a qualitative study conducted with advanced cancer patients, families and healthcare professionals. *Palliative Medicine*, 33(10), 1299-1309. <https://doi.org/10.1177/0269216319866641>

- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Cohen, R. D., Heck, K. E., Balfour, J. L., & Yen, I. H. (1998). Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *American journal of public health*, 88(7), 1074-1080. <https://doi.org/10.2105/ajph.88.7.1074>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet Public Health*, 365, 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- McGrath, P., Holewa, H., & McGrath, Z. (2007). Practical Problems for Aboriginal Palliative Care Service Provision in Rural and Remote Areas: Equipment, Power and Travel Issues. *Collegian*, 14(3), 21-26. [https://doi.org/10.1016/s1322-7696\(08\)60561-2](https://doi.org/10.1016/s1322-7696(08)60561-2)
- Nadin, S., Crow, M., Prince, H., & Kelley, M. L. (2018). Wiisokotaatiwin: development and evaluation of a community-based palliative care program in Naotkamegwaning First Nation. *Rural and Remote Health*, 18, 4317. <https://doi.org/10.22605/RRH4317>
- O'Brien, A. P., Bloomer, M. J., McGrath, P., Clark, K., Martin, T., Lock, M., Pidcock, T., van der Riet, P., & O'Connor, M. (2013). Considering Aboriginal palliative care models: the challenges for mainstream services. *Rural and Remote Health*, 13(2), 2339.
- Shahid, S., Taylor, E. V., Cheetham, S., Woods, J. A., Aoun, S. M., & Thompson, S. C. (2018). Key features of palliative care service delivery to Indigenous peoples in Australia, New Zealand, Canada and the United States: a comprehensive review. *BMC Palliative Care*, 17(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0325-1>
- United Nation. (1992). *RIO DECLARATION ON ENVIRONMENT AND DEVELOPMENT* https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_CONF.151_26_Vol.I_Declaration.pdf
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- World Health Organization. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. World Health Organization. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. (2020). *Social determinants of health*. <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/sdh-definition/en/>

Preliminary Exploration for Development of a Culturally Appropriate Community-Based Hospice and Palliative Care Model for Taiwanese Aborigines

CHENG-PEI LIN, CHAO-KUANG LIN, YI-MAUN SUBEQ

Purpose: There is an urgent need to address the challenges surrounding long-term elder care in Taiwan. One of the key developmental strategies employed in the National Long-term Care Plan 2.0 is the expansion of community-based hospice and palliative care services. Most palliative care models are based on Taiwan's mainstream Han culture in urban areas. Little research has been conducted on the conceptualization of life and death, health cognition, or palliative care in the context of Taiwanese aboriginal cultures. In this article, we identify the challenges to develop a culturally appropriate community-based palliative care model for Taiwanese aborigines and propose reforms. **Methods:** We conducted a narrative literature review on Airtiti Library, PubMed, Google searching engine using 'indigenous people', 'community-based long-term care' and 'palliative care' as keywords. We included 11 academic articles and 5 policy papers to explore potential obstacles and propose suggestions for development of a palliative care model appropriate for Taiwanese aboriginal communities. **Results:** We found little policy support and inadequate research to guide delivery of culturally-appropriate care. We recommend: (1) a comprehensive and systematic culture investigation and database development; (2) the health inequality of indigenous people should be taken into account when creating policy based on individual needs; (3) and the cultivation of clinical and research talent to develop a cross-cultural palliative care model. **Conclusions:** We urge the government to secure funding to develop programs to support hospice and palliative care development by local stakeholders according to their individual needs and unique cultural backgrounds in order to allow aboriginal elderly people to age in place with a good death in the community.

Key words: Taiwanese indigenous people, cross-cultural care, hospice and palliative care, community-based long-term care

Cheng-Pei Lin: Assistant Professor, Institute of Community Health Care, College of Nursing, National Yang Ming Chiao Tung University.

Chao-Kuang Lin: Director, Research Center for Health and Technology Development of Indigenous People of Taiwan, National Yang Ming Chiao Tung University.

Yi-Maun Subeq: Associate Professor, Department of Nursing, College of Health, National Taichung University of Science and Technology. (Corresponding author, Email: eliyimch@nute.edu.tw)

