

Nursing Experience of Terminal Care for a Patient with End-Stage Cancer

Shu-Chun Lin¹, Tao-Hsin Tung^{2*}

¹Department of Nursing, Yuan's General Hospital, Kaohsiung

²Department of Medicine Research and Education, Cheng Hsin General Hospital, Taipei

Email: *ch2876@chgh.org.tw

Received: Nov. 30th, 2011; revised: Dec. 15th, 2011; accepted: Dec. 30th, 2011

Abstract: This article described a nursing experience for a prime singleton in hospitalization due to end-stage colon cancer. The methods of data collection included observation, physical assessment, and face-to-face interview. The case's health problem included pain, body image disturbance, and sadness. The patient was hospitalized on February 4, changed into the researcher's ward on February 8, and died on February 16, 2008. The duration of nursing care by the researcher was between February 8 and February 16, 2008. The nurse-patient relationship was well established between the research and the case and his family due to the case hospitalized in researcher's ward many times since first time diagnosis of colon cancer. During the nursing process, the doctor announced that the survival time of the case was about one or two weeks from the check reports and clinical symptom. The researcher was a palliative care specialist and used Watson's caring theory to reduce case's pain and keep life dignity, to help his family face to death, and to accompany the case of final life traveling route. This case report was expected to share the nursing experience to clinical nursing staff for the end-of-life care.

Keywords: Colon Cancer; Nursing Experience; Watson's Caring Theory; End-of-Life Care

照护一位癌末临终病患之护理经验

林淑君¹, 董道兴^{2*}

¹阮综合医院护理部, 高雄

²振兴医院教学研究部, 台北

Email: *ch2876@chgh.org.tw

收稿日期: 2011年11月30日; 修回日期: 2011年12月15日; 录用日期: 2011年12月30日

摘要: 本篇叙述一位正值壮年期独子, 因大肠癌末期住院的护理经验。笔者运用观察、身体评估、会谈等方式进行整体性评估, 发现个案有疼痛、身体心像紊乱、哀伤等健康问题。个案在2008年2月4日入院, 2月8日转入笔者病房, 2月16日过世, 故笔者护理期间为2月8日至2月16日。个案第一次发现大肠癌至此住院, 曾多次在笔者病房住院, 故笔者和个案及家属们已建立良好护病关系。然而在这次护理过程中, 从其检查报告及临床表征得知, 个案存活时间已不多, 医师告知约一至两周, 笔者身为安宁共照师, 运用 Watson 之关怀理论, 给予减轻疼痛外, 更使其保有生命的尊严, 协助家属面对死亡, 陪伴走过人生最后的旅程。期望透过此篇文章与同仁分享临终照护经验。

关键词: 大肠癌; 护理经验; Watson's 关怀理论; 临终照护

1. 引言

据台湾卫生署统计数据显示, 大肠癌位居癌症死

*通讯作者。

因之第三位, 仅次于肝癌及肺癌^[1]。在环境不断的恶化及文明社会进步下, 所酿成各种之污染, 对人类健康早已极具威胁, 每一个癌症的发生, 都意味着一个不

美好故事的开始。当癌症进入末期时，病患的身心常遭受巨大的冲击，尤其像个案身为独子，又正值壮年期，所扮演的角色及担负的责任，势必带来莫大的压力。面对病情急遽变化，如何在短时间内，透过适切的关怀及舒适护理，使个案减轻生理上的痛苦，更保有生命的尊严，可谓一大挑战，也是笔者执着安宁照护的动机。本院目前虽无安宁病房，但是在每个护理站均有一位受训通过之安宁共照师，因此笔者希望透过有效的照护技巧，协助个案及家属共同走完人生最后一程。也希望藉此照护经验提醒同仁，生命的无价在于病患能有尊严的离开，而 Watson 关怀理论有助于护理此类临终病患，故将此理论的应用与同仁分享。

2. 病例介绍

2.1. 个案简介及入院经过

许先生，41岁，大专程度，无兄弟姊妹，已婚，育有一女，今年十一岁，小学时父亲因车祸意外身亡，由母亲抚养长大，个性安静，发病前任职于某银行作业员。

2.2. 入院经过

个案于2007年7月因大便异常，检查发现为大肠结肠癌，2007年7月16日行部分大肠切除术，同年7月24日发现附近淋巴转移再次开刀治疗，且于10月6日行左腹人工造瘘口。之后陆续行过化疗及放疗，右锁骨下有一个静脉导管植入物(Port-A)。2007年11月发现肝及腰椎骨转移，至2008年1月期间，继续行化疗及电疗，2008年2月4日因下背痛及肛门口疼痛厉害再度入院治疗，2008年2月16日在家属陪伴下安详过世。

3. 诊疗过程

3.1. 整体性健康评估

3.1.1. 生理评估

1) 氧合作用：住院期间，脉搏维持在80~90下/分，呼吸次数约18~24次/分。四肢皮肤温暖，2008/2/6~2008/2/8因有下肠胃道出血，手指末梢冰冷、颜色苍白。

2) 营养需求：身高174公分，理想体重是66.6公斤，入院体重52公斤，住院期间可摄取软质饮食，每次约1/3碗粥，一天摄取4~5次粥或营养包，食欲

差，偶有恶心或呕吐情形，albumin: 3.1mg/dl。

3) 活动与休息：四肢肢体软弱无力，可在家属协助下翻身，但无法站立或下床活动，休息呈断断续续，只要身体不痛均会闭目养神。腹部有疼痛贴布Durogesic(25 ug)局部使用，因身体虚弱无力，无法执行日常活动，需靠外力协助及给予被动运动，如活动四肢关节，但可自行在床上梳洗及拿汤匙进食。

4) 皮肤完整性：嘴唇干，皮肤呈黄疸无光泽。左下腹人工造瘘口的周围皮肤无红肿，但外观呈凹凸不平。术后疤痕约15~20公分长，触摸为坚硬。双下肢水肿约4+，皮肤紧绷。

5) 感觉与神经系统：意识清楚，对冷热及触觉功能良好，住院期间常有下背酸痛或腹部胀痛，最痛可达9~10分，止痛药使用后为5~6分。

6) 排泄：左下腹部有一人工造瘘口，平均每天5~6次更换袋子，每次量约为60~90公克，黄红色软稀便。住院期间尿管留置，小便量平均400~600cc/天。

3.1.2. 心理评估

住院期间，除礼貌性的对话问答，其余均沉默寡言。家属表示个案发病前性情温和、平易近人；发病后较会胡思乱想，比以前更易发脾气，注意力不集中，想法及观念偏向消极及悲观，如“一个堂堂的大男人，现在不但不能自己随意上下床，且妈妈及太太的协助才能处理大小便，真是没用，病又不知何时会好”、“我现在这个样子怎么见人”。且记忆力变差，常一件事很快就忘记。因自觉成为家人的累赘，为家人带来无尽期的负担，常皱眉及不自主叹气，沉默寡言时候居多，但2008/2/14~2008/2/16开始出现视幻觉及听幻觉，常喃喃自语。

3.1.3. 社会评估

住院期间仍会有亲戚、朋友或同事前来探望，但个案大多以苦笑应之，案妻表示个案不好意思拒绝别人探病，但访视完后脾气会显不耐烦，觉得“我现在这样很丢脸、又难看，不像一个大男人，最好不要有人来看我……”，不喜欢与人互动。平日由案母及案妻轮流照护，案妻白天上班，假日女儿会来探视。当女儿不在身旁时，偶尔听见个案表示：“我现在这个样子很丑，很狼狈，且身上又有那个奇怪的袋子，大便都从这袋子出来，我都不敢让我女儿看，深怕会吓到她……”。平常表情落寞，看到女儿时脸上才会露出

笑容，女儿会拉个案的手及撒娇、问个案功课问题、及问个案何时会回家。和女儿互动佳。

3.1.4. 灵性层面

碍于家属不想让个案知道自己病情严重程度，深怕个案会胡思乱想，丧失求生意志力，或作出伤害自己的事。故个案一直以为自己只是初期的癌症，只要按照医师开的药乖乖服用，配合治疗就会没事。住院期间时常听个案叹气表示：“为什么最近老是觉得身体不舒服？我的病不知何时会好……”，因其母为虔诚之佛教徒，常会带领个案念法号及诵经，当个案睡觉或休息时会在旁默默诵经回向给个案。个案本身无信仰，因身体越来越不舒服，已无心念佛号，但可接受摆在床头佛像及听佛经。个案在 2008/2/14~2008/2/16 开始出现视幻觉及听幻觉，多喃喃自语，眉头常紧皱，说话速度变快且显慌张，个案表示“床前有人一直在说话，很累、想睡、又很吵；且肚子很奇怪，老是会出现很多头蛇，很恐怖！”。

3.2. 护理问题

3.2.1. 疼痛/与癌细胞侵袭及转移有关

(2008/2/8~2008/2/16)

1) 护理目标：a) 住院期间疼痛指数降为 4~5 分；b) 2008/2/10 夜眠可连续 5 小时以上。

2) 护理措施：a) 评估疼痛部位、性质、强度、持续时间，协助及教导家属施行穴点(足三里、承山、委中穴)按摩，予回复示教，确定穴点正确及按摩技巧正确；b) 给予 L 型枕，避免肛门口疼痛处受压迫，及增进舒适护理，先从下背酸痛处给予轻柔按摩，注意个案面部表情变化，施予之力道恰当；c) 播放个案平日喜爱听之音乐，并鼓励配合呼吸技巧转移注意力；d) 维持舒适之环境，让个案单位看起来整齐舒适，并使用气垫床；e) 安排及鼓励女儿适时唱歌及说故事给个案听，转移注意力；f) 依医嘱：Durogesic(25)1PK Q3D、Tramtor 1# po tid 及 Morphine 1/2# po q4h 按时给药控制；g) 因 2008/2/15 个案语出惊人，予安抚个案及家属不安之心情，立即请医师告知病情发展，密切注意生命征象及意识变化，评估用药后之反应；h) 适时予家属拍肩及拥抱，以支持及镇定家属慌乱的心，同时请案妻随时陪伴在旁以增加个案安定感；i) 经医师评估病况，向家属解释此时可使用高剂量镇静

剂以缓解其不适之症状，再次提醒家属，当病况危及生命时，希望院方给予何种措施，再次作说明“CPR”及“DNR”，并尊重家属选择。

3) 评估：a) 2008/2/10 夜眠仍断断续续，最多 2~3 小时就会醒；b) 2008/2/12 疼痛指数约 4~5 分；c) 2008/2/15 疼痛指数又升为 9~10 分，依医嘱打了镇静剂后能睡 3 小时。醒了主诉还是会痛，依医嘱再施打一次后个案就一直沉睡，直到 2008/2/16 凌晨宣告死亡，表情安详。

3.2.2. 身体心像紊乱/与身体功能及外观改变有关

(2008/2/8~2008/2/16)

1) 护理目标：一周后个案能表示接受自己外观改变。

2) 护理措施：a) 引导个案说出心中感受，并以接受态度尊重其隐私；b) 予更换造瘘袋过程中面带笑容，随时关心有无不适，动作轻柔，尽量让个案感受到护理人员不介意他现在的样子；c) 教导家属共同参与为个案梳洗及更换宽松舒适衣服，之后拿镜子给个案看，并无想象中的狼狈，评估是否能接受现在的自己；d) 时常探视表示关心，并给予正向鼓励及支持；e) 每当个案按铃时，能立即处理，使其感受护理人员乐意帮忙；f) 尊重个案于门外挂上“谢绝访客”，及计算机查询名单上出现“不公开”等字样，避免不必要之打扰；g) 引导个案之女唱歌、说故事、画画或写卡片，聊一聊在学校和老师、同学相处及活动情形，或谈谈长大志愿等；h) 保持室内清洁，使用精油提神、放松情绪、舒眠及使病室芳香。

3) 评估：a) 2008/2/13 仍表示在意自己外观；b) 2008/2/16 于清晨过世，故无法进一步评估。

3.2.3. 哀伤/与感受自己病情严重，即将与家属分离有关(2008/2/13~2008/2/16)

1) 护理目标：个案在往生前能与家属分享内心想法、共度哀伤情绪。

2) 护理措施：a) 以开放式问句引导个案表达心中担心事项，如：“是不是觉得有什么事困扰着你，愿不愿意说出来，让我们一起承担？”；b) 在聊天过程中培养个案正向想法，使其感觉存在之价值，转移负向情绪；c) 送给个案一本笔记簿放在床头，告知个案把所有想法，包括担心害怕或生气高兴的事写下来；

d) 以同理心鼓励并引导个案, 尝试作未来规划, 如: “躺在床上很无聊吧! 想想未来规划, 对自己、对女儿或老婆、妈妈都好, 想一下最想做的是什么事? 尤其是可爱的女儿, 对她有何期望”; e) 倾听家属表达心中感受, 并给予支持; f) 教导家属如何引导个案情绪抒发。可适时给予亲密动作(拥抱、亲吻、握手)、亲自替个案梳洗, 缓解个案及家属哀伤的心情; g) 请家属带过去照片与个案一起做生命回顾, 使其肯定自我存在的价值, 及沉浸在过去美好的回忆中; h) 除时常探视外, 让个案及家属知道, 需要笔者时可随时打电话。

3) 评值: a) 2008/2/14 个案告诉案妻未来还有要做的事, 害怕来不及; b) 2008/2/16 个案过世时家属均陪伴在旁, 虽有哀伤情绪, 但欣慰个案过世时很安详、没有痛苦。

4. 讨论

关怀是人性的本质、道德的规范、信任、尊重的态度; 是一种藉由人际间的互动来了解个案的需求及达到治疗的目的, 以倾听、陪伴、同理心的表达来提供人性化及整体化的护理^[2]。然而在 *Waston* 关怀照护理念中, 强调关怀照护是护理的本质, 关怀照护必须护理人员结合科学与人文知识在与案主的互动关系中, 可用来促进人际关系及发展信任关系。其“十项关怀照护因素”包括: 形成人性-利他价值体系、激发信心与希望、培养对自己及他人的敏感性、发展助人、增进并接受正负项感受的表达、有系统的使用科学性问题解决方法来决策、增进人际间交与学互动、提供支持性、保护性及纠正性的心理、生理、社会文化及灵性的环境、协助满足人类的需要、允许存在现象学的力量等。透过“十项关怀照护因素”提供护理人员达到护理照护的目标, 即促进健康、预防疾病、照护有疾病的人。因次, 运用 *Watson* 关怀照护理念于一位癌末病患, 可建立彼此间信任关系, 更能促进病患及照顾者间互动^[3,4]。

二十世纪“全人照护”的安宁服务理念是由英国医师——桑德斯女士所提倡的, 并建立许多现代缓和疗护的概念, 包括持续性的定时给予(regular giving)口服止痛药物, 及废除需要时再给药(prn)的概念。其贡献与照护欲达成之目标为: 1) 控制因疼痛或其他症

状所引起之不舒服或痛苦; 2) 为病人打造舒适的环境; 3) 允许病人在临终的过程中亲近家属和自己喜欢的事物; 4) 减轻病人之照护者负担; 5) 对病人和家属给予忠告^[5]。因此, 安宁疗护可让病人理解自己可为生命做什么选择与对亲属做何种交代。实证研究也指出, 癌症病人在被诊断癌症之后, 经验到重大精神疾病的盛行率为 12%, 但接受精神医疗服务的比例却远低于一般有重大精神疾病的患者^[6]。故癌症患者比一般人更需要用心关怀及照护, 通常癌末病人的需求有释疑、症状控制、维持适当活动、倾吐与被人了解、亲情温暖与关怀、讨论死亡、在家死亡及找寻人生意义等^[4]。

此外, 在生理方面, 高达 85% 的病人有疼痛现象, 为主观感受, 强调整体痛(total pain)的概念, 受知觉、情绪、认知因素等影响。依 WHO 之 3B 治疗原则: 口服(By the mouth)、定时给药(By the clock)、遵循三阶段止痛用药(By the ladder): 1) 非鸦片类, 抑制炎症反应; 2) 弱鸦片类 + 非鸦片类; 3) 强鸦片类 + 非鸦片类, 合并类固醇、抗忧郁及抗焦虑等药物使用, 效果更佳^[7]。至于护理可运用非药物及侵入性辅助疗法, 如: 1) 松弛技巧: 生物回馈、催眠术等; 2) 想象疗法; 3) 针灸; 4) 经穴指压; 5) 经皮神经电刺激疗法; 6) 复建治疗: 物理及职能治疗, 例如翻身摆位、舒适枕、支架、冷热疗、超音波、短波、干扰波等; 7) 游戏治疗: 例如麻将; 8) 音乐治疗及艺术治疗: 音乐的振动与心脏跳动、胃肠蠕动及脑波产生共振时, 引导出 α 脑波, 护理性的左脑获得休息, 刺激掌管情绪、创造力, 想象力的右脑灵活, 可有效减轻疼痛感受, 宣泄情绪, 抚慰心灵; 9) 芳香疗法: 从植物中萃取精油, 结合熏香、按摩、蒸气、泡澡等方式, 透过嗅觉、皮肤黏膜至血液循环中^[8]; 10) 幽默及欢笑治疗; 11) 灵性治疗: 灵性关怀、心理辅导、意义治疗及缅怀疗法、宗教咨商。在心理方面, 对未知感到焦虑, 对未了的心愿或来不及补救的事, 感到遗憾, 会出现哀伤情绪^[9]。护理照护包括: 1) 与病人具体讨论心里担心事项, 适时关怀、同理其情绪、疏导宣泄、释放压力、完成心愿; 2) 维持护病关系, 良好沟通, 建立信任感, 有效给予讯息, 降低焦虑; 3) 适时给予希望使其感受爱与被爱、安全感及被归属接纳是很重要的^[10]。灵性方面, 沮丧、恐惧、焦虑是临床灵性低

落的表征,可运用内在资源、价值体系、宗教信仰三方面评估,临床护理则可利用“生命回顾法”重新省视及安顿生命,诠释存在的价值^[11]。

Watson 关怀理论可运用于癌症末期病人身上,特别有助于照护过程信任关系的发展^[12]。在这次护理过程中,笔者在适当的时机,技巧性的介入安宁缓和医疗,透过舒适护理、积极关怀、尊重个案期望、生命回顾、陪伴及倾听等,引导个案从沉默寡言至愿意说出内心想法,同时协助家属面对个案的死亡。笔者身为安宁共照师,以 Watson 关怀理论为基础,实地参与病人及家属的照护工作。对于癌末病患,首要目标就是减轻疼痛,因此笔者除了给予止痛药物,更尝试许多非药物方法,例如穴点按摩、音乐、芳香疗法等,虽然个案终究病逝,但却是在没有痛苦的睡梦中离开。此外,更以尊重生命的角度,适时保有个案尊严,使个案相信自己存在的价值,不因自己的虚弱无力感到狼狈。最后慢慢引导个案敞开心胸,说出内心想法,与家属共享生命回顾的点点滴滴,虽然过程不免哀伤,但相信这对彼此都是珍贵的。在事件过后,往往能收到家属的正向回馈,因为家属感受到护理人员和他们是在同一条线上,真心为他们着想。

每一个癌症病患,都带给家庭莫大的冲击,而此个案身为独子,又正值壮年期,是家庭主要的精神及经济支柱,其病情快速的恶化,对于家庭造成的动荡可想而知。因此家属的不舍、恐惧及日后哀伤辅导,全都仰赖于在照护过程中建立深厚的信任关系,使笔者能更进一步协助适应。然而笔者在这次过程中,仍深感中国传统的文化,影响国人对安宁疗护的接受度,即基于保护病人不受伤的心里,而不告知实际病情,深怕病人无法接受打击,这也是照护中遇到的限制,因此笔者无法进一步提供更多灵性的协助,例如请其他安宁团队:社工师、宗教师或心理师介入;请个案及家属彼此留下珍贵的话语或照全家福照等,无

法在短时间内作更意义的事,令笔者感到无奈。若每位癌症病患能在罹患癌症时,能透过医师技巧性告知病情,让病患自主参与病情计划及治疗的决定,同时让安宁团队及早介入,一返固有传统作法,相信能更有效且完整的呈现出临终照护。但临床上往往当安宁团队介入时,病患已进入癌症末期,甚至是濒死阶段,连医师亦束手无策时才想到安宁团队,此时能为病患作的事非常有限,且效果不彰。故希望透过本篇的介绍,能更推广安宁疗护的观念。

参考文献 (References)

- [1] 行政院卫生署. 台湾地区主要癌症死亡原因分析[URL]. 2008. <http://www.doh.gov.tw/statistic/eBAS/疾病统计/主要癌症死亡统计/主要癌症死亡统计.xls>
- [2] 林宜均, 丘周萍. 关怀之概念分析[J]. 护理杂志, 2003, 50(6): 74-78.
- [3] 许丽燕, 许静岱. 运用 Watson 关怀理论协助一位高龄初孕妇安胎之护理经验[J]. 志为护理-慈济护理杂志, 2009, 8(5): 94-101.
- [4] 黄美端, 庄春蜜, 姚静宜, 邱燕甘. 运用 Watson 关怀理论于一位独居癌末病人之护理经验[J]. 护理杂志, 2007, 54(2): 98-101.
- [5] C. Saunders. Foreword. M. Kearney, Ed., *Mortally wounded: Stories of soul pain, death and healing*. New York: Scribner, 1996: 13-14
- [6] N. S. Kadan-Lottic, L. C. Vanderwerker and S. D. Block. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: A report from the coping with cancer study. *Cancer*, 2005, 104(12): 2872-2881.
- [7] 杨婉伶, 李存白, 张静安. 运用安宁疗护于肺癌末期病人的护理经验[J]. 新台北护理期刊, 2007, 9(2): 81-89.
- [8] 杨克平, 丧恻辅导. 安宁缓和医疗 - 理论与实务[M]. 台北: 伟华, 2007: 409-415
- [9] J. M. Jones, M. A. Huggins, A. C. Rydall and G. M. Rodin. Symptomatic distress, hopelessness, and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, 55(5): 411-418.
- [10] J. P. Little, B. B. Dionne and J. A. Eaton. Nursing assessment of depression among palliative care cancer patient. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2005, 7(1): 98-106.
- [11] J. Skilbeck, S. Payne. Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 43(5): 521-530.
- [12] 杜友兰. 选择性护理理论家及其理论的简介. 于杜友兰总校阅, 护理理论与实务应用(二版)[M]. 台北: 华杏, 2004: 304-310.