

運用緩和安寧療護理念於肺癌末期病人及其配偶之護理經驗

葉月珍^{1*} 陳冠伶²

¹國立臺中科技大學中護健康學院護理系助理教授

²國立臺中科技大學中護健康學院護理系學生

*通訊作者

摘要

本文主要在描述以安寧療護理念照顧一位肺癌末期病人及其配偶之護理經驗，護理期間自2017年5月15日至5月26日，以Gordon十一項功能性健康模式進行整體性評估，藉由觀察、會談、身體評估及病歷查閱等方式收集資料，確認護理問題有：低效性呼吸型態、疼痛、口腔黏膜改變及妻子面對至親死亡所引起的預期性哀傷等四項健康問題。提供的護理措施包括緩解疼痛和心理困擾的症狀，應用安寧療護理念的四項核心價值觀，以改善身體不適，提供陪伴和積極傾聽，協助病人表達感謝，道歉和愛，並與其妻告別。藉由此照護經驗，分享安寧療護的理念，提升臨床照護品質以因應病患和配偶之需求，以達到善終的目的。

關鍵詞：癌症末期、緩和安寧療護、護理

Experience of working with a Terminal Patient with Lung Cancer and his Spouse: Application of Hospice Palliative Care Nursing

Yueh-Chen Yeh^{1*} Guan-Ling Chen²

¹Assistant Professor, Department of Nursing, Taichung University of Science and Technology

²Student, Department of Nursing, Taichung University of Science and Technology

*Corresponding Author

Abstract

This article describes the hospice care nursing experience of working with a terminal lung cancer patient and his spouse. During the period of nursing care, from May 15 to May 26, 2017, the Gordon's 11 functional health assessment tool was used. Data were collected through observation, interview, physical assessment, and review of medical records in order to establish the patient's primary care issues, such as an ineffective breathing pattern, pain, altered oral mucous membrane, and anticipatory grieving, as well as the wife's anticipatory grieving issues. The nursing care interventions included the provision of symptom relief pertaining to pain and psychological distress; application of the four core values of hospice palliative care to improve physical comfort; provision of companionship and active listening; and assisting the patient to express his appreciation, apology, and love to his wife and to bid farewell to her. The authors hope that this nursing experience will provide valuable information on the role of hospice care in responding to the needs of patients and their spouses, and thus improve the quality of nursing care pertaining to having a "good death."

Keywords: Cancer Terminal Stage, Hospice Palliative Care, Nursing

壹、緒論

2016年惡性腫瘤為國人十大死因之首位，占所有死亡人數的28.6%，其中肺癌是癌症死亡率的第一位（行政院衛生福利部，2017）。肺癌源自於支氣管或肺泡細胞的惡性變化，早期沒有任何徵象，不易診斷，常見症狀有胸痛、食慾不振、呼吸喘、咳嗽等不適症狀。由此可知，肺癌是一個高發生率、低存活率的癌症之一。一旦診斷確定，病患被迫必需在很短的時間內消化罹癌的事實，極有可能緊接著面臨疾病的末期，病人除了承受生理不適症狀的折磨之外，被迫必須接受突如其來的死亡威脅，這些衝擊在在造成病人和家屬心理上的恐懼和不安，帶給病人和家屬的是身心深沉的痛苦。護理人員若能在此時，主動積極發揮護理之照護理念，實踐安寧照護的特質，藉由「全人、全隊、全程、全家」之安寧療護理念，增進個案身體舒適，引導病人及其摯愛家人表達出內心想法，協助哀傷情緒抒發，使病人能平靜安詳走完人生的旅程。回顧過去相關的個案報告發表都將焦點放在癌末病人本身，卻忽略了親密的家屬，譬如配偶，在面對的摯愛即將離去的哀傷反應，護理人員若能在配偶哀傷情緒發生時，適時的提供支持、陪伴與安慰，緩解其在面臨親人臨終時的哀傷反應，達到生死兩相安及「善終」的目的。書寫本文期望以此經驗與護理人員分享末期病人及家屬之照護，能運用在臨床實務中。

貳、文獻查證

一、肺癌常見身心症狀及護理

生理層面

氣管上皮細胞的惡性變化，由於早期不易被診斷的特性，使得此疾病雖發生率高，存活率卻很低，大部份在診斷時已有轉移現象（葉、鄭、鍾、林、張，2014）。喘、呼吸困難及疼痛是最常見的肺癌末期之生理症狀（游，2010）。臨床上有許多的內科處理方式減緩這些不適症狀，包括支氣管擴張劑、類固醇、抗焦慮劑和鴉片類藥物（Maeda & Hayakawa, 2017）以及非藥物性的處置如氧氣治療、放鬆、芳香治療（孫等，2004）及使用風扇以增加空氣對流都對緩解呼吸困難有所幫助（Wong, et al., 2017）。

疼痛是末期癌症最難以忍受的磨難，伴隨而來其它症狀是失眠、不安、疲倦，甚至影響生活品質（Nishiura et al., 2015），癌症疼痛控制一直是安寧療護提供癌末病患最為關注及挑戰的議題，因為忍受疼痛不需要是癌末病患必須經歷的過程，而且他們應有免於疼痛及得到安寧照顧的權利（王、黃、林、蔡，2017）。目前癌症病人的疼痛控制大多依據世界衛生組織（WHO, 1986）建議的給藥原則，盡可能採用簡單的口服給藥方式、按時給予、採三階段由非鴉片類藥物、弱鴉片類藥物及鴉片類藥物的給藥方式以及依個人情況給予。除了使用止痛劑之外，也有不在少數的癌末病人採用輔助療法來控制疼（陳、黃，2013；Kim, et al., 2016），以維持其基本的生活品質和得到安寧照顧的權利。為了延長病患的生命，化學治療與標靶治療是肺癌的標準治療，而病患必須承受因接受藥物

治療所導致的口腔黏膜潰瘍及口腔黏膜炎（徐、吳，2013；Campos et al.，2014）。為緩解疼痛不適，一般建議病患使用冷療法，譬如；口含冰塊或冰水降低其疼痛。此外，鼓勵病人規律進行口腔清潔程序，包括三餐飯後及睡前均以牙間刷、海綿刷刷牙、漱口；再使用含抗黴菌劑（mycostatin）溶液含漱以控制口腔感染（Campos et al.，2014）。為了減緩口腔疼痛會再併用含局部麻醉劑（xylocaine）漱口水漱口，使用含水或蘆薈的潤滑油保持嘴唇的濕潤（周、謝、李、江、紀，2011）。，但對於肺癌末期病人治療效果不佳時，治療方式多以症狀照護，維持病人舒適為主（吳、陳、陳，2013）。護理人員在提供癌末病人除了症狀照護外，更要主動關懷病人及家屬都會出現的哀傷、失落的情緒（劉等，2015）。

心理層面

隨著病情的進展，肺癌末期個案除了承受生理不適的煎熬之外，已知死亡不可避免，病人及家屬即籠罩在死亡的陰霾下，他們就開始在準備預期性哀傷。隨著時間的流逝及疾病的進展至末期，所有值得珍惜的人、事、物都即將消失，尤其配偶，在病人生命末期隨著過往互動的脈絡，擺盪著愛恨交織的矛盾情緒，何時該選擇放手或是執著不放（陳、王、郭、楊，2015）。根據研究發現，癌末家庭成員經歷預期性哀傷時他們最在乎的事情，依序是：病人在臨終前是否得到良好舒適的照顧、彼此是否再次表達確認相互的「愛」、是否幫助病人完成未竟事宜以及死亡靠近時是否被引導作最後的道別（Vachon et al.，1977）。

「死亡」對病人是生命的終點逝者已矣，但是家屬卻必須獨自承擔失去摯愛親人的痛苦。Zilberfein（1999）指出預期性哀傷的經驗會影響喪親後的哀傷，因此，如果能有更多了解預期性哀傷者的經驗，有助於關注到家屬面對所愛親人即將離世的哀傷，適時提供情緒支持。雖然護理人員把家屬的問題視為護理工作項目之一，但是顧全癌症末期的病人和家屬的身心靈安需求，非護理人員一人所能承擔的任務，必須透過一組受過安寧專業訓練的跨團隊人員，在心理、靈性、社會層面協助家屬與瀕死的病人一起面對，醫護團隊必須尊重病人及其家屬的步調，協助病人及家屬在照護過程中作最後的道別。

二、以安寧療護理念用於肺癌末期之整體性護理

肺癌末期病人於自身患病過程中飽受多重性的壓力，包括生理的各種不適症狀、治療不確定感、失去自主、照顧依賴及經歷複雜面向的心理問題，如沮喪、憤怒、焦慮。因此運用安寧療護「四全」照護理念由團隊整合醫療資源（李、楊、蘇，2009）提供整體性全人護理，提供舒適護理於病人生命末期，尊重自主權及尊嚴，對於瀕死個案能透過安寧療護得以緩解身、心、靈上的巨大痛楚及磨難，使病患能知道死亡將至、心平氣和接受、去世前三天舒適（程等，1996），並讓病人在生命的最終階段因感受關懷、支持而能正向看待苦難、肯定自己的價值（劉、李，2015；Kelley & Morrison，2015）。所以，善終的意義是讓病人能在瀕臨死亡的歷程是舒適、平靜、安詳有尊嚴地在理想的地點離世，期望死別除哀傷不捨外，也感受生命的璀璨與溫暖，家人也能調適哀傷（李、楊、

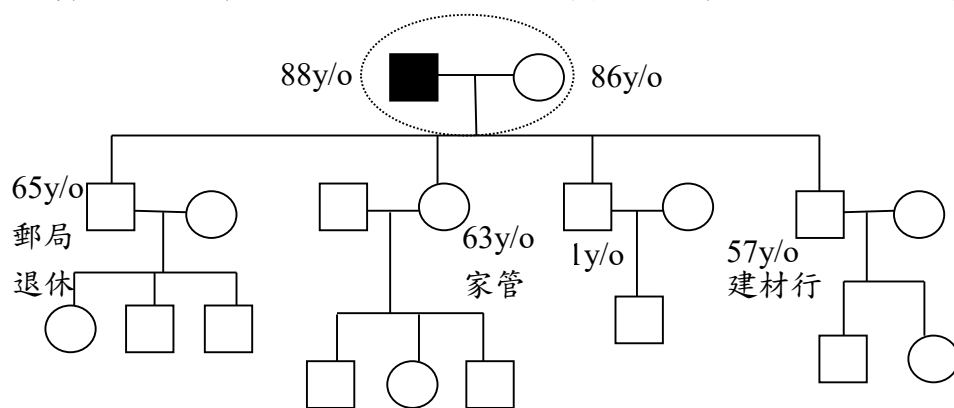
蘇，2009)。

在經歷瀕死過程，雖說哀傷 (grief) 及失落 (loss) 是面對家人離去的共通反應 (陳、王、郭、楊，2015)，癌症末期家屬面對著可以預知的死亡的逐漸逼近，除照顧病人身心的問題之外，自己也籠罩在死亡的陰影之下，尤其是癌症末期病人之女性配偶預期性哀傷的情緒經驗是強烈的，她們必須獨自消化摯愛親人生命消逝與先生永遠的分離 (Mok et al., 2003)。缺乏支持的環境除了加重配偶的哀傷失落之外，也造成病人無形壓力 (Nielsen et al., 2016)。謝 (2008) 指出開始經歷預期性哀傷的家屬需要一個支持性的環境，此時，護理人員須積極扮演適切的角色，彰顯並發揮其重要性，營造安全接納的環境，如運用傾聽、同理讓照顧者用自己的方式抒發哀傷；主動提供資訊，言語或肢體接觸，安撫哀傷情緒，使照顧者了解於病人死後，仍願意提供連續性的照護 (邱、王、李，2013)；在照護的過程引導個案及家屬對彼此道謝、道愛、道別、道歉，進而減輕哀傷過程；在促進與病患的溝通瞭解上，可運用生命回顧、音樂治療、舞蹈或繪畫治療等工具，也可善加運用超越形體的方式，如祈禱、冥想、信仰儀式等 (田，2016)，安寧療護的理念除了病人本身，家屬也能從陪伴的過程得到轉換哀傷的力量回到正常生活。所以，安寧最終的目的是期盼病人及家屬達到身、心、靈之平安 (黃、張、張，2013)，使病患有意義與尊嚴的走向人生盡頭，至親在面對摯愛的離去能緩解哀傷，及早回歸正常生活軌道，達到生死兩相安的境地。

參、護理過程

一、個案簡介

李先生，88 歲，已婚，育有三子一女，不識字，與妻子同住 (圖一)。過去曾做裝潢工人、務農各近三十年，家庭經濟狀況小康，平日生活費及醫療支出為多年積蓄及老人年金補助，鮮少依賴兒女經濟援助。平時以台語為主要溝通語言。個案信仰為一般民間道教。曾抽菸三十年、約一天一包菸，已經戒菸二十年，沒有酗酒及嚼檳榔之嗜好。



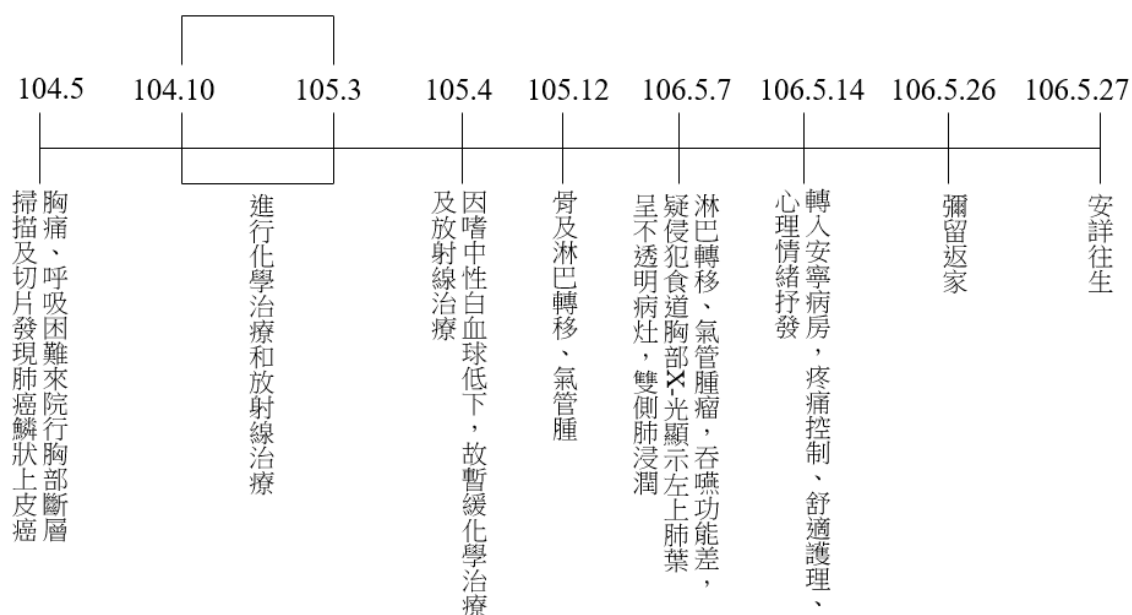
圖一、家系圖

二、過去病史及治療過程

過去病史為慢性阻塞性肺疾病、第二型糖尿病、左側腦血管病變已幾十年，沒有服用藥物控制，平時亦沒有測量血壓、血糖之習慣。此次發病是個案於104年5月因為胸痛及呼吸困難來醫院檢查，從胸部電腦斷層攝影掃描及切片確定診斷罹患「肺癌」。從確定診斷開始，一年期間持續行化學治療四次療程及放射療程一次，病人於105年4月預做化療入院，病情急轉直下，同年12月發現骨、淋巴轉移及氣管腫瘤壓迫。此次再度入院因癌症末期有吞嚥困難、胸痛及呼吸喘的症狀經醫師建議入住安寧病房，全家人皆同意安寧理念，採舒適為原則。安寧療護住院期間主要由案妻照顧。

三、過去病史及疾病過程

疾病過程如下圖所示（圖二），護理期間自2017年5月15日至5月26日



圖二 疾病及治療過程

肆、護理評估

在安寧病房照護期間主要是以個案舒適為原則，護理期間為2017年05月15日至2017年05月26日，直到個案彌留返家，期間透過直接照護、身體評估、傾聽、關懷、溝通、查閱病歷與病人及家屬互動，藉以收集個案生理、心理、社會及靈性層面資料，做整體性護理評估。

一、生理層面

- (一) 氧合：呼吸次數約18-22次/分，血氧約90-92%，自覺呼吸困難、有喘情形，費力且使用頸部輔助肌，咳嗽時臉部通紅、手緊抓著被單或床欄，無法將痰液咳出，四肢末梢膚涼，微發紺，聽診雙側肺部有喘鳴音且痰音明顯，但個案拒抽痰。給予氧氣導管 3L/分鐘，血壓151/84mmHg、心跳127次/分，5月7日胸部 X光顯示左上肺葉呈不透明病灶，雙側肺浸潤，以上評估個案有低效性呼吸型態之健康問題。
- (二) 營養：個案身高165公分，體重七月前為65公斤，入院時為50公斤（理想體重為59.9公斤），七個月內體重變化為23%，BMI為18.37，體重過輕，家屬表示2016年12月因吞嚥困難就醫，發現淋巴轉移、氣管腫瘤，疑侵犯食道造成吞嚥功能差，醫師建議放支架、置入鼻胃管或胃造瘻口，個案皆拒絕，主訴「都活到這個歲數了，不想這麼痛苦」，近兩個禮拜皆無進食，目前以5% 葡萄糖靜脈輸液補充熱量，外觀皮膚乾燥、脫屑，無水腫情形，左嘴角及口腔內有潰瘍，黏膜產生白斑，為念珠菌感染，已使用2% xylocaine止痛及Diflucan 1cap PO QD、Mycostatin 4ml GAR AC Q6H。5/7血液生化檢驗Hb9.6g/dl、RBC 311 *10⁴/mm³。以上評估個案有口腔黏膜障礙、營養不均衡：少於身體需求之健康問題。
- (三) 排泄型態：住院前個案約三天解便一次，為棕色成形便，住院後聽診腸蠕動音約6-8次/分，叩診為鼓音，腹部柔軟，在 Ducolax 栓劑 2# prn使用下，三至四天解便一次，量少色黃糊便。尿液可自解，尿壺及尿布使用，每班至少解1至2次，每次約150至200ml，色黃、無沉澱物，經評估為正常。
- (四) 活動休息與認知感受型態：個案意識清醒，GCS:E4M6V5，曾左側腦血管病變(CVA)導致語言表達較為含糊，但內容是有條理的。住院期間精神顯倦怠，主訴「現在體力很差，雖然晚上都睡得著，但白天還是會想睡覺」，評估四肢肌力，其右上肢及左下肢為2-3分，左上肢及右下肢為3分，於病房翻身、擦澡需由家屬、護理師協助執行。入院前經常不定時感到胸口痛，無法描述其疼痛性質及持續時間，疼痛指數主訴最痛的情況為8分，平常為2分痛，但是會因活動如翻身、咳嗽而增強疼痛強度，有撫摸胸口、皺眉、臉部緊繃、雙手握拳、微僵硬情形，於5/15開始予 Fentanyl 12ug Q3D 貼於胸口使用在加上Morphine 2 mg IVD Q6H+ 3mg Q1H PRN，以維持血液中足夠的嗎啡濃度來有效的控制疼痛，Morphine止痛劑使用頻

率平均一天使用三次到四次。以上評估個案有疼痛之健康問題。

二、心理及社會層面

個案與妻子同住於彰化縣福興鄉，案子女亦居住在同縣市，每週皆會回家探視案夫妻，家庭氣氛和樂、子孫滿堂，提到家人（尤其是孫子），眉開眼笑，表示非常懂事又老實，小時候有一段時間同住、陪伴成長。健康時個案為主要決策者，個性固執好強，每當遇到困難時，都是獨自解決、默默承受，不願麻煩他人，生病後話變少，生活需由案妻協助，主要決策者為案小子，觀察其住院期間表情淡漠、凝重，常出現皺眉表情。

個案對目前病況無過度的期待，了解自己疾病嚴重度，主訴「之前做了很多治療，覺得很辛苦，也夠了」、「已經活到這個歲數，時間到了就會離開了，很正常」、「我退休後常常台灣到處跑、到處吃，享福也足夠了」，自身及家屬皆表示希望可以舒服、不用受病痛折磨，因此入住安寧病房。觀察與案妻互動親密，感情甚好，在會談過程中常見到案妻與個案握住手，案妻會主動親近且協助照護，每當個案一有動作，比如換個姿勢或眼睛張開時，案妻隨即上前關心其需要，個案表示很感謝妻子這麼盡心地照顧，體恤其辛勞。案妻對於個案病情表示「已經遇到了也沒辦法，只能接受阿，不然能怎麼辦」、「我們一直都是兩個人住在一起，本來還有做手工，但他叫我不做了所以我就辭掉了，專心照顧他」「他以前身體多硬朗，不像現在這樣只能躺著」，認為「應該要自己先離開才對，他是這麼有用的人，不像我沒用」。

案妻回憶當其夫剛被診斷出癌症的時候，「我真的被嚇到了、我不相信」，「有時候我自己控制不要哭，自己控制不住」，為了照顧病人又必須學習成為其夫的陪伴及鼓勵者，生活重心都以照顧先生為主，凡事都以個案為中心圍繞著。當病人進入安寧照護的領域當中，這意味著癌症的治療已宣告無效，死亡的腳步已漸漸逼近，其妻在筆者照護期間出現正負向的情緒波動的情形，正向情緒包括知道死亡的過程是漫長的，不像突然的死亡而措手不及，更珍惜活著的美好時光；負向情緒則是隨著生病的親人的狀況改變，感到身心俱疲、累到無法進食、放鬆，甚至出現睡眠障礙的情形。經以上評估案妻有預期性哀傷之健康問題。

三、靈性層面

個案認為人生本來就是起起伏伏的，會有開心的事，也會有不好的事，自己做得每件事都問心無愧，遇到事情時就當成考驗，勇敢去面對，不曾逃避。平時為一般民間信仰，每天早晚供奉土地公，虔誠祈求全家大小都能平安、順心地成長，對於自身病情經歷了很長時間的治療，雖然感到辛苦，但也盡力了，表示活到這個歲數，也享清福了，已經滿足。個案健康時曾務農，表示每當到田裡工作時，會與左右鄰居打招呼、互相關心，一起泡茶聊天，生病後比較常待在家中，鄰居也會前來詢問近況、探視。個案主訴「我以前有16個朋友，現在還在的剩下3個」，在表達時面部表情平靜，但有停頓幾秒，訴說雖然不捨，但能理解生老病死是自然法則。

伍、問題確立及護理計畫

綜合以上生理、心理、社會及靈性層面的護理評估，以下列四點健康問題作分析：低效性呼吸型態／與癌症末期及氣管腫瘤壓迫所致、疼痛／與癌症末期、骨轉移相關、口腔黏膜障礙／與接受化療藥物治療之副作用有關、案妻預期性哀傷／與個案病情進展與治療過程有關。

問題一：

低效性呼吸型態／與癌症末期及氣管腫瘤壓迫所致 護理期間：106.5.15~106.5.26

主觀 資料	5/15 (1) 我躺著也會覺得喘不過氣來。 5/18 (2) 我覺得吸不到氣、喘。 5/18 (3) 案妻主訴: 我看他愈來愈喘了!
客觀 資料	5/15 (1) 呼吸次數約 24-28 次/分，淺快型態，使用呼吸輔助肌、四肢末梢皮膚涼，微發紺。 5/18 (2) 聽診雙側肺部有喘鳴音且痰音明顯。 5/18 (3) 胸部 X 光顯示左上肺葉呈不透明病灶。 5/18 (4) 無法平躺，都採半坐臥式。
護理目標	5/24 個案住院期間呼吸速率降為 16~20 次/分鐘
護理措施	5/15 (1) 評估呼吸型態，依醫囑給予氧氣鼻導管 3L /分鐘，維持個案舒適的半坐臥式，及適當支撐重點並以床上桌支撐肘部，增加橫隔膜活動效率，促進肺部氧和。 5/15 (2) 每日三班監測血氧濃度，以評估用氧效果。 5/15 (3) 依醫囑給予 Atroven + Ventolin 蒸汽吸入，評估用藥效果。 5/18 (4) 依醫囑予 Fentanyl 12ug Q3D 貼於胸口使用、Morphine 2 mg IVD Q6H+ 3mg Q1H IVD PRN，並紀錄給藥前後個案之呼吸型態急喘之感受。 5/18 (5) 將小電風扇置於床旁，利用空氣對流，減少個案喘的感受。 5/18 (6) 每天協助並教導個案感到呼吸喘時運用冥想技巧，並口頭提示大自然、放鬆深呼吸增加探視頻率和時間，主動關懷個案，建立良好護病關係，可用非語言技巧如輕握個案手同理並引導表達疼痛感受。 5/18 (7) 協助 X 光檢查，請醫師給予解釋檢查報告及預後。 5/18 (8) 同理案妻壓力情緒，教導與病人溝通與陪伴。 5/20 (9) 請其妻示教減輕個案呼吸喘之護理措施 5 項；譬如使用電扇、翻身枕、半坐臥姿勢及適當支撐重點、調整空調，協助每天兩次配合精油背部按摩、穴位按壓以協助放鬆。
評值	5/17~22 (1) 個案表示喘過氣來的感覺有改善，氧氣鼻導管 30/分鐘使用，呼吸速率 18~22 次/分鐘。 5/24 (2) 家屬了解呼吸費力係疾病的過程，案妻相信團隊會盡力減緩其夫之呼吸不適狀況，陪伴在側，常觸摸個案肢體。

問題二：

疼痛／與癌症末期、骨轉移相關 護理期間：106.5.15~106.5.26

主觀 資料	5/15 (1) 我胸口痛，沒辦法睡覺! 5/15 (2) 我就是全身都痛，腰和背都不舒服，說不上來。
客觀 資料	5/15 (1) 睡眠片斷，疼痛時皺眉、臉部緊繃、雙手握拳、微僵硬情。 (2) 個案有撫摸胸口情形，依視覺疼痛量表（Visual Analogue Scale:VAS 0-10）評估，個案疼痛分數為 4-6 分，可忍受 3 分。 5/15 (3) 個案會因活動如翻身、咳嗽而呻吟、雙手發抖、握拳，大部分不動可緩解，PRN 給止痛藥一天 3~4 次。
護理目標	5/18 給予個案護理措施後能表示疼痛指數降至 3 分以下。
護理措施	5/15 (1) 與病人溝通並持續評估個案疼痛症狀和徵象。 5/15 (2) 採半坐臥，予方形枕、V 形枕、L 形枕以協助舒適擺位，減輕疼痛。 5/15 (3) 依醫囑予 Fentanyl 12ug Q3D 貼於胸口使用、Morphine 2 mg IVD Q6H+ 3mg Q1H IVD PRN，並監測和紀錄給藥作用疼痛是否緩解。 5/16 (4) 協助案妻執行美手美足護理，並使用薰衣草精油按摩、穴位按壓，協助放鬆。促進舒適及轉移注意力，執行活動前先給藥 Morphine 3mg IVD 以預防疼痛。 5/16 (5) 陪伴同理個案，主動關懷個案，用非語言技巧如輕握個案手同理並引導表達疼痛感受。
評值	5/15 (1) Morphine 2 mg IVD 使用 60 分鐘未緩解，再給予 morphine 3mg IVD，個案 30 分鐘後緩緩睡去。 5/17 (2) 案妻可運用至少 2 種非藥物方法減輕疼痛，個案表示其妻協助按摩讓腰背比較放鬆。 5/20 (3) PRN 給止痛藥後約 30 分鐘即可改善疼痛，一天使用 3~4 次的 PRN 止痛藥。

問題三：

口腔黏膜障礙／與接受化療藥物治療之副作用有關 護理期間：106.5.15~106.5.26

主觀 資料	5/15 (1) 嘴角破了，嘴巴裡面熱熱的。 5/15 (2) 連喝水都會不舒服。
客觀 資料	5/15 (1) 個案左嘴角潰瘍傷口，有些微出血。口腔黏膜包括接近喉部處產生白斑，為念珠菌感染。 5/15 (2) 口腔內有異味，且有綠色痰塊、食物殘渣混合。 5/15 (3) 個案在喝水吞嚥時，面部表情皺眉、扭曲。 5/15 (4) 依據 WHO 所制定的口腔黏膜損傷評估為第 3 級。
護理目標	5/23 口腔潰瘍傷口無擴大、惡化情形。
護理措施	5/15 (1) 協助執行口腔護理，使用牙間刷和海綿刷刷牙一天 2-4 次，將痰塊、食物殘渣、舌苔清除，維持口腔內乾淨、清爽。 5/15 (2) 協助於飯後使用茶葉水漱口，消除口腔異味，增進舒適度。 5/15 (3) 於口腔內放入冰塊，降低潰瘍疼痛感，促進舒適。 5/15 (4) 依醫囑視情況使用 2% xylocaine 漱口水漱口以減輕疼痛，且於刷牙前先給予止痛，並教導 30 分鐘內不能進食以免噎咳，造成吸入性肺炎。 5/15 (5) 依醫囑予 Diflucan 1cap PO QD、飯前及每隔 6 小時給予 Mycostatin 漱口。 5/16 (6) 用護唇膏或以棉棒沾水潤滑唇部，預防嘴唇乾裂。 5/16 (7) 教導案妻口腔護理：採半坐臥、以口腔棉棒沾水，清潔牙齒內外、咬合面、口腔內頰及舌頭，清潔至乾淨為止，刷牙方法以 45 度角由牙齦刷向牙冠，每次 2-3 顆，至少刷 10 下。
評值	5/18 (1) 給予 2% xylocaine 漱口水漱口後吞嚥時疼痛評分降低至 0。 5/23 (2) 左嘴角傷口開始結痂，口腔黏膜白斑範圍縮小至舌尖上，無異味。

問題四：

案妻預期性哀傷/與個案病情進展面臨死亡有關 護理期間：106.5.15~106. 5.26

主觀 資料	<p>5/17 (1) 如果他走了，我不知道怎麼辦?我常在想他死了之後會去哪裡?</p> <p>5/17 (2) 老天爺很不公平，我們也沒做甚麼壞事情，怎麼會得到癌症?</p> <p>5/17 (3) 他以前身體多硬朗，不像現在這樣只能躺著，現在只要能讓他舒服就好了，不然能怎麼辦（嘆氣）。</p> <p>5/18 (4) 回去也是沒辦法休息，一顆心還是在這裡」。</p> <p>5/18 (5) 我們一直都是兩個人住在一起，本來我還有做手工，但他叫我不要做所以我就辭掉了，專心照顧他。</p> <p>5/19 (6) 應該要我先離開才對，他是這麼有用的人，不像我沒用。</p> <p>5/20 (7) 生病到現在有兩年了，一年前病情加重，如果我先生在一年前就走了，我想我真的會受不了，現在看他愈來愈虛弱，其實心裡明白他的時間越來越少了，現在心裡有個底了……」。</p> <p>5/20 (8) 現在我只怕他又痛而已。</p>
客觀 資料	<p>5/17 (1) 案妻常常說著說著就眼睛泛淚、嘆氣。</p> <p>5/17 (2) 觀察個案與案妻互動親密，在病房中常見到案妻與個案握住手或有安撫動作。</p> <p>5/18 (3) 案妻睡眠減少、顯得疲累、每當個案一有動作，如更換姿勢或眼睛張開時，案妻隨即上前關心其需要，神情表現多緊張。</p>
護理目標	<p>5/20 (1) 5/20 前確認個案之心願</p> <p>5/25 (2) 協助個案及案妻的臨終需求，完成病人在家尊嚴平安往生心願</p>
護理措施	<p>5/17 (1) 引導案妻生命回顧，回憶夫妻相識歷程，肯定相互扶持之經歷。</p> <p>5/17 (2) 給予陪伴、傾聽，可在執行舒適護理時(手足按摩)，引導個案與案妻互相道愛、道謝。</p> <p>5/18 (3) 當案妻因個案病情變化感到緊張或沮喪時，同理其感受並鼓勵情緒抒發，給予充分時間表達，肯定其照顧辛勞，給予保證團隊會陪伴她及個案度過這一個歷程。</p> <p>5/18 (4) 鼓勵案子協助分擔案妻照顧壓力，及家人支持案妻走過此歷程之必要性，由於原本為案夫妻同住，鼓勵案子邀請案妻同住，多加強探視及關心。</p> <p>5/19 (5) 為了緩解病人和案妻的惶恐不安，每天安排團隊志工、師姐和師兄及當班護理人員輪流至病房陪伴、關懷。</p> <p>(6) 師兄師姐指導案妻有關往生之一般宗教儀式。</p>

	<p>5/19 (7) 外地的女兒們輪流到醫院探視，與電話關心傾聽案妻壓力之頻次，提供案妻心靈上的支持</p> <p>5/20 (8) 教導瀕臨死亡之症狀及徵象，例如個案會變得較為嗜睡、食慾不好、呼吸型態改變等，讓案妻有心理準備，減少其焦慮與疑問。</p> <p>5/20 (9) 向案妻保證會讓個案獲得其舒適感，藉由相關用藥以減輕其症狀之不適，例如嗎啡緩解疼痛或喘問題。</p> <p>5/22 (10) 筆者在照護期間提供喘息服務，協助個案身體清潔與舒適按摩，讓其妻返家休息，暫時離開醫院，使其稍有喘息的時間與間，不致因身心靈疲憊，而陷於口出怨言，宣洩照顧壓力情緒，捨不得病人內疚自責中。</p>
評值	<p>5/25 (1) 案妻正向的回顧病人往生前的體貼，回憶裡盡是病人的好，並向筆者訴說「我真的很依賴他，雖然知道他會離開，但是我捨不得」，能理解並尊重個案後事處理，向團隊表達感謝陪伴與用心照顧。</p> <p>5/26 (2) 遵從個案遺願留最後一口氣返家，個案於 5/27 平靜往生。</p>

陸、結果與評值

於照顧此肺癌末期病人之初，個案因有低效性呼吸、疼痛、口腔黏膜改變及案妻預期性哀傷之護理問題，筆者透過生理、心理、社會、靈性評估，提供具個別性的護理照顧，包括止痛劑的給予、舒適護理；運用藥物及非藥物方法如芳香療法、穴位按摩等以減輕疼痛不適；在口腔黏膜障礙方面，協助個案保持口腔清潔方法、增進口腔舒適及濕潤；在案妻預期性哀傷方面，藉由陪伴、傾聽、關懷及安寧療護團隊的介入完整收集資料來統合病人及家屬各個層面的問題及需求，協助提供個別性的照護，在病人生命的末期，案妻再如何的心痛不捨，仍然能逐漸接受其夫死亡將近，遵照病人之遺願在其彌留之際返家，隔天（5/27）案妻來電表示其夫於當天凌晨往生，案妻向團隊表達感謝陪伴與用心照顧。

此照顧實例仍有未臻完善之處，由於臨床工作時間與照顧天數之限制，針對個案及家屬之心理及靈性評估層面為一大挑戰，從一開始建立信任關係當中，直到個案及家屬願意訴說內心感受及想法，是需花時間運用傾聽、陪伴、同理、關懷等等的治療性溝通技巧，此次照護最大的困難是當病人出現情緒反應之第一時間，因為在短時間內較難深入探討此層面，未能及時給予協助。建議臨床護理人員除了能了解安寧療護理念外，亦應培養心理、靈性層面評估技巧及照顧內容深入了解，才能善用治療性溝通技巧協助病人及家屬渡過這段時期以發揮護理人員特殊角色及功能，以持續高品質的全程照護。

柒、討論與結論

本文係筆者運用安寧療護於肺癌末期個案及其配偶的照護經驗，近年來有關運用安寧療護照護經驗發表的文章非常多，但是，少有個案報告兼顧探討癌末個案及其配偶的照護經驗。因為現今醫療體制下，經常將注意力僅集中在病人的身上，往往忽略了家屬尤其是配偶所面對預期性哀傷的問題（謝，2008）。配偶在面對失去摯愛的錐心之痛，同樣需要被照護、被了解，因為一旦失去另一半的心情能被理解，逐步準備病人的善終才有可能。

筆者在短短11天的照護過程深刻體認到安寧療護是強調全人、全家、全程及全隊之四全照顧理念，藉由醫師、護理師、社工師及宗教界的師兄和師姐們所組成的跨專業合作照護，提供陪伴同理癌末病人和家屬對死亡恐懼，和即將永久失去彼此的失落情緒，從幫助病人獲得良好的疼痛控制、撫慰家屬的哀傷，以提升臨床照護品質（賴、楊、施、趙，2009）。此次的照護因為團隊的用心陪伴、傾聽、關懷使得病人和他的妻子不是孤軍奮鬥單的面對死亡，病人瀕死過程平安沒有痛苦，最終能夠遵照病人的遺願返家往生，讓病人和家屬有機會道別，達到生死兩無憾的照護理念。未來有關安寧照護經驗之探討，除了撫慰家屬的預期哀傷之外，應該追蹤喪親之後的哀傷及失落，將有助於臨床工作者更早的介入。

參考文獻

- 王律凱、黃雅文、林益卿、蔡佩渝（2017）。肝腎衰竭安寧癌末病人的疼痛控制。
安寧療護雜誌，**22**（1），75-84。
- 田彩英（2016）。協助一位肺癌末期患者接受安寧照護之護理經驗。**彰化護理**，**23**（1），26-37。
- 行政院衛生福利部（2017）。105 年度死因統計。取自 <http://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1777-113.html>
- 李存白、楊婉伶、蘇逸玲（2009）。護理人員在安寧療護照護之角色與使命。**護理雜誌**，**56**（1），29-34。
- 周繡玲、謝嘉芬、李佳諭、江孟冠、紀雯真（2011）。癌症病人口腔黏膜炎臨床照護指引。**腫瘤護理雜誌**，**11**，61-85。
- 吳晏秀、陳淑銘、陳玲珠（2013）。運用舒適理論於一位肺癌病人善之護理經驗。
榮總護理，**30**（4），340-346。
- 邱婉婷、王素鴻、李國箴（2013）。運用安寧療護理念於肝癌末期病人之護理經驗。**澄清醫護管理雜誌**，**9**（4），54-63。
- 孫嘉玲、張元真、宋梅生、黃美瑜、王秀香、郭素青（2004）。芳香療法於癌症病患之應用。**安寧療護雜誌**，**9**（3），253-263。
- 徐小惠、吳佳芬（2013）。照護一位接受放射線治療導致皮膚及黏膜損傷個案之護理經驗。**志為護理-慈濟護理雜誌**，**12**（5），84-93。
- 陳依萍、黃鳳玉（2013）。一位肺癌末期病人善終之護理經驗。**榮總護理**，**30**（1），103-110。
- 葉昱辰、鄭如芬、鍾玉珠、林雅卿、張慧蘭（2014）。提供安寧療護於一位肺癌末期病人之護理經驗。**源遠護理**，**8**（1），63-71。
- 陳月蓉、王雅芳、郭淑華、楊婉萍（2015）。心慟不捨中放手祝福：一位末期肺癌病人之家屬預期性哀傷撫慰。**安寧療護雜誌**，**20**（1），79-87。
- 程紹儀、邱泰源、胡文郁、郭斐然、王浴、周玲玲、陳慶餘（1996）。癌症末期病人善終之初步研究。**中華家醫誌**，**6**，83-92。
- 游素英（2010）。以專科護理師的角色功能照護一位肺癌病人的護理經驗。**安寧療護**，**15**（3），358-378。
- 黃齡慧、張美幸、張碧華（2013）。一位末期肺癌病人接受安寧共同照護之護理經驗。
榮總護理，**30**（3），289-296
- 賴維淑、楊婉萍、施雅蘭、趙可式（2009）。運用安寧療護理念於癌末病人之出院準備服務。**護理雜誌**，**56**（2），94-100。
- 謝秀梅（2008）。癌末病人之女性配偶預期性哀傷經驗之探討（未發表之碩士論文）：台南市私立長榮大學護理學研究所。
- 劉梅英、劉雪娥、王宏銘、蔡培癸、簡淑慧、林怡欣（2015）。安寧共同照顧模式對改善癌末主要照顧家屬照顧負荷之成效。**護理暨健康照護研究**，**11**（4），257-266

- 劉燕玲、李彩緣 (2015)。運用安寧療護理念於胃癌末期病人之照護經驗。 *安泰醫護雜誌*, **21**(1), 53-63。
- Campos, MI., Campos, CN., Aarestrup, FM., & Aarestrup, BJ. (2014). Oral mucositis in cancer treatment: Natural history, prevention and treatment. *Molecular and Clinical Oncology*, **2**(3), 337-40. DOI: 10.3892/mco.2014.253
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S., (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *The New England Journal of Medicine*, **373**, 747-55. DOI: 10.1056/NEJMra1404684.
- Kim, Y., Shin, Hee-yeon., Moon, Wonkyung. & Cho, Seung-hun. (2016). Use of complementary and alternative medicine by lung cancer patients in Korea: A qualitative study. *European Journal of Integrative Medicine*, **8**(3), 266-74. DOI: 10.1016/j.eujim.2015.12.014
- Maeda, T., & Hayakawa, T. (2017). Range of Effective Corticosteroid Doses for Alleviating Dyspnea in Terminal Cancer Patients: A Retrospective Review. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, **31**(1), 10-15. DOI: 10.1080/15360288.2017.1279501.
- Mok, E., Chan, F., Chan, V., & Yeung, E. (2003). Family experience caring for terminally ill patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, **26**(4), 267-275.
- Nielsen, MK., Neergaard, MA., Jensen, AB., Bro, F., & Guldin, MB. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, **44**, 7593. DOI:10.1016/j.cpr.2016.01.002.
- Nishiura, M., Tamura, A., Nagai, H., & Matsushima, E. (2015). Assessment of sleep disturbance in lung cancer patients: Relationship between sleep disturbance and pain, fatigue, quality of life, and psychological distress. *Palliative & Supportive Care*, **13**(3), 575-81. DOI: 10.1017/S1478951513001119
- Vachon, M.L.S., Freedman, K., Formo, A., Rogers, J., Lyall, W.A.L., Freeman, S.J.J. (1977). The final illness in cancer: The widow's perspective. *Canadian Medical Association Journal*, **1**(117), 1151-91.
- World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Switzerland: *World Health Organization*.
- Wong, S. L., Leong, S. M., & Chan, C. M. (2017). The effect of using an electric fan On dyspnea in Chinese Patients with terminal cancer: a randomized controlled trial. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, **34**(1), 42-46.
- Zilberfein, F. (1999). Coping with death: Anticipatory grief and bereavement. *Generations*, **23**(1), 69-74.

