

創造最後幾哩路的 幸福記憶

Create Blissful Memories in His/Her Last Miles in Life

■ 文、圖 | 陳純純 花蓮慈濟醫院心蓮病房護理師

1995年8月8日踏進臨床後，便與護理結下不解之緣。在第一線服務二十五年，讓我深深體會到「愛」是護理工作的泉源。愛工作、愛家庭、愛生命、愛自己、愛護理，才能在這工作崗位堅持如此之久。

父親在2001年病逝，開啟我與安寧療護的緣分，在安寧病房、居家服務19年，近年更擴大至機構，長期臥床病人成為每日照護重心。

臥床長者們因置放鼻胃管而感到不適；因灌食導致肺炎而反覆出入院；照顧者的無助與焦慮，這些畫面在我腦海環繞不去，心中滿是不捨，慶幸能以專業協助。

醫院推廣全人照護，呼應日本的薄井坦子教授提倡的「南丁格爾護理理論」：

「南丁格爾護理方法論主旨為三層關心，第一層是理性關懷，掌握病人的特性；第二層是發自內心的人性關懷，了解病人罹患疾病及接受治療感受；第三層是促進治療過程的技術性關懷，融合前兩項考量，進一步思考什麼護理措施對病人是最有益，採取何種介入方法幫助病人潛能發揮到極致。」我從臨床評估發現，長期臥床放置鼻胃管的長者已經許久沒嘗過食物味道，他們的吞嚥及味蕾的功能是否還有機會被激發？有一天我看到自己小孩吃糖果時的滿足感，聯想到是否讓長者也嘗嘗這甜蜜滋味，於是做了一系列的甜食刺





花蓮慈院心蓮病房的安寧居家療護也走入機構，為讓住機構的老人圓滿回家的願，除了安寧居家護理師，還需要醫師、心理師，甚至機構同仁一起才能完成。

激措施。這只是一個小小動作，卻獲得老人家們的「大大反應」，像是無知覺狀態的長輩，也會發出聲音，甚至說謝謝。給糖吃絕對不是一種討好，而是藉口腹之欲與食物刺激，重新喚醒長者的味覺，能重新開口說話、表達意見，不再因臥床、無法回應而被忽視或被當作植物人。這就是南丁格爾理論中第二、三層的落實，進而發展出符合全人照護且兼具個別性之措施。

人需要被關懷，感受外界，才能在疾病王國裡稍稍消去孤獨感。一位中風近五年的阿公，與他互動時沒有反應，壓瘡為三至四度，常因肺炎、泌尿道感染頻繁就醫。在我接手半年後，壓瘡好了、沒再住院，阿公也可以用單字對話。這成果來自每次訪視時不放棄的與阿公說話。我的聲音對阿公來說，像是來自外界的敲門聲，所以他開口的第一句話是對著我說的，那次的訪視讓我相當感動，同時也反省護理專業必須與時俱進、保持敏感度，才不會讓服務變得例行、機械化。

此外，安寧的病人沒有心願、沒有夢想嗎？在陪伴末期病人的時間，尤其是機構的老人，「回家」似乎是占了八成以上的心願，很多老人從醫院出院後因家屬照顧

問題就直接到機構，「有家歸不得」成為生病老人的心聲，當生命一點一滴走向尾聲之時，一次又一次與機構團隊一同帶病人回家，看著他們回家後，家人們分享著老人在家的點點滴滴，及老人歡喜滿足的笑容，更讓我對護理生涯更加有溫度的走下去。

安寧療護開始走向將「八大非癌」納入照護對象後，我們接觸的病人疾病面向也要跟著拓廣，而只要在訪視時對病人敏銳觀察，就能及時發現症狀，提早進行衛教與治療，減少病人往返醫院、出動救護車的次數，同時降低不必要感染，家屬壓力也會因而減輕。當病人症狀在機構中受到控制，而不是在醫院，病人能更為舒適與自在。急性惡化、接近臨終之際，也因為照顧者在訪視時接受衛教，預先具備如何處理，就能減少焦慮與害怕，讓病人得到良好醫療照護、獲得善終。

除家庭外，對很多長者來說，機構就像是晚年的「家」，也可能是最後一個「家」，但目前安寧療護介入機構的服務有限，特別是善終的推動，機構住民如何善終應納入思考。2014年開始呼應推動全社區安寧療護，這中間經歷著許多的挑戰，我試著同理機構照護人員的擔心及需求，安排相關安寧在職教育與悲傷關懷，導入園藝治療；更在假日帶著兒女前往機構關心老人家，因為小朋友是老人家的開心果。就這樣，慢慢搭起安寧團隊與機構間的橋梁，從一間機構照護一位安寧病人開始，到十多位病人都能接受安寧療護，這中間多半由家屬口碑相傳；推動機構安寧療護，從一間到三間、四間、五間，增強其照護信心，使病人安詳在機構往生，也是安寧團隊與機構間和諧互助的結果。

怎麼改善臨床護理？回到根本思考護理存在的目的——解決病人之苦。薄井教授的理論，是我照護末期病人的依據，落實它，就能改善並滿足病人需求，護理工作得到更大成就感，這也是一種「愛」的理念與實踐。未來護理生涯仍長久，我希望更多病人能夠透過我的服務，維持身為人的尊嚴，喚醒生病前的美好回憶，創造人生最後幾哩路的幸福記憶。☺



陳純純護理師（左）發現「回家」是許多老人的願，為老人圓願成為她工作的日常。