一位肝癌末期個案面臨死亡焦慮之護理經驗

吳曉玟　謝春金*

中文摘要

本文敘述一位85歲個案罹患肝癌末期合併腹水，除須調適癌症所帶來的生理不適外，還面臨到因無法預測疾病過程而產生死亡焦慮之護理經驗。於2011年7月5日至2011年7月16日，藉由整體性評估、觀察及會談等方式，收集身、心、社會及靈性各層面資料，確立個案有體液容積過量、失眠及死亡焦慮之健康問題。運用Watson關懷理論為基礎，教導穴位按摩、控制鹽、水的攝取量以維持體液容積的平衡；鼓勵白天下床活動，睡眠時減少周遭環境噪音干擾以改善睡眠品質，鼓勵其說出內心真實感受，藉由彼此信任關係的建立，提供支持性、保護性的身、心、靈及社會文化之全人照護。期望藉此經驗的分享，有助於提升對於肝癌末期患者之照護品質。(志為護理，2014; 13:1, 90-100)

關鍵詞：肝癌末期、死亡焦慮、Watson關懷理論

前 言

根據行政院衛生署統計資料，2011年主要死亡原因首為惡性腫瘤，其中肝和肝內膽管癌佔主要癌症死亡原因第二位(行政院衛生署，2012)。而當肝癌進展到末期時，平均存活率約在6個月以下，且常遭受許多症狀之困擾而影響生活品質(羅、蘇、蘇，2008)。

本文敘述一位85歲肝癌末期個案，除須面對生理的不適症狀，心理上則因無法預測疾病過程而產生死亡焦慮，故引發深入探討的動機。筆者以Watson的關懷照護因子為照護策略，與個案及家屬建立良好護病關係，給予支持、協助與鼓勵，以降低其面臨死亡之焦慮反應，進而提升生活品質。

基隆長庚紀念醫院護理師　基隆長庚紀念醫院護理長*
接受刊載：2013年6月29日
通訊作者地址：謝春金　20401基隆市安樂區麥金路222號 長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院手術室
電話：886-2-2431-3131　轉2739　電子信箱：chunchin@adm.cgmh.org.tw

文獻查證

一、肝癌末期患者生理症狀與照護

肝癌相關的危險因子包含肝硬化、B型肝炎病毒感染、C型肝炎病毒感染、喝酒、抽菸及非酒精脂肪性肝炎等(林、高，2009)。林等研究指出老年肝癌末期病人症狀包括：意識不清、腹水及黃疸，且伴隨內臟性疼痛、噁心及呼吸困難等，這不僅影響病人活動、睡眠及進食，也會造成心理不安、焦慮、害怕(林、陳，2011)。其中症狀以腹水最為常見，臨床處置主要以腹膜放液引流腹水及使用利尿劑治療為主(羅、蘇、蘇，2008)。

在護理措施方面，包括治療時採集中護理，減少打擾次數及噪音干擾以增加睡眠品質、鼓勵臥床休息，可促進血液回流並促進排尿，採取低鹽飲食、測量每日體重、輸出入量變化，觀察水腫程度、維持皮膚完整性(陳、楊，2010)。另外，可利用按摩穴位方式，上身腫可按摩人中穴位、下身腫可按摩三陰交穴位等方式以改善水腫程度(翁，2010)。

二、癌症末期患者面臨死亡焦慮與護理

死亡焦慮(death anxiety)是指病人在面臨自己的身體健康所產生死亡或瀕死相關的憂慮或害怕，除了擔心他們的家人沒有他而不能夠生存，也會害怕沒有完成目標而產生遺憾，而女性、不識字的、自覺健康狀況欠佳、信仰薄弱、缺乏社會支持的老人，隨著疾病復發及不適症狀日趨顯著，若缺乏統整危機的能力，易有較高的死亡焦慮(鐘、蔡，2009；沈、陳，2011；Hicks, Cummings, & Epstein, 2010)。

癌末病人在面臨病情不斷惡化之下，會增加心理上的痛苦，護理人員可藉由個別人性化的照顧，在常規的護理活動中，融入關懷者的元素，讓病人及家屬瞭解真相並坦然面臨死亡問題、提供事實的改變、鼓勵選擇、培養溝通技巧以及擁護病人權益等為護理重點(簡，2010)，除此之外，也可提供宗教信仰支持以減少疼痛、焦慮與社會孤立的程度，並增加整體性生活品質，減輕因死亡逼近所產生的心理壓力和死亡焦慮，提供符合臨終病人需求的照護，使現存生活和環境間互動經驗以提升臨終病人的靈性安適(童、彭，2010；Tang, Chiou, Lin, Wang, & Liand, 2011)。

三、Watson關懷理論

Watson十項關懷照護因子：(一)人性化與利他的價值關係。(二)激發信心與希望。(三)培養對於自我及他人的敏銳度。(四)發展助人信賴的關係。(五)促進與接受正負向感受的表達。(六)促進人際間教與學之互動。(七)允許存在-現象的力量，具思索生命意義存在的價值。(八)系統性的使用問題解決照護之能力。(九)提供支持性、保護性、安全性之身、心與靈性的環境。(十)滿足人類的基本需求(Watson, 2006)。運用Watson關懷理論來減輕焦慮的措施有(一)適時陪伴關懷建立信任感，主動自我介紹

與病人談話。(二)表現關懷、傾聽、解說、觸摸等技巧，引導表達正、負向情緒。(三)提供支持性、保護性之照護環境，降低其焦慮。(四)增加安全及自我控制感。(五)提供疾病或治療相關訊息，使其感受尊重及參與自我照顧。(六)引發信心與希望，提升與他人的互動(黃、莊、姚、邱，2007)。

護理評估

一、個案簡介

紀女士，85歲，國小肄業，平常以閩南語溝通，已婚，育有2女3男均就業。個案從事塑化廠代工，於65歲退休，經濟來源由3個兒子輪流支出；案夫於2年前因肝疾病引發病變過世，目前於3個兒子家輪流居住並且有外籍看護陪同，家中成員相處和睦，遇到重要決策時，則由3個兒子互相討論決定。家族圖譜如圖一。

二、過去病史

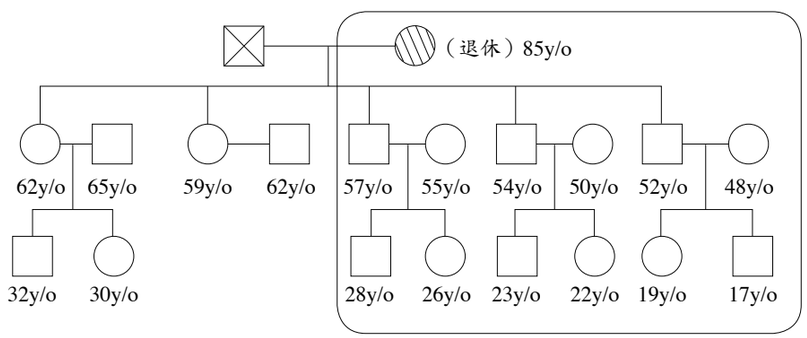
個案為B型肝炎帶原者，2005年診斷有高血壓，固定於門診就診，2008年3月因噁心、嘔吐及腹脹至急診就醫，檢查後發現原發性惡性腫瘤合併腫瘤破裂導致腹腔出血，並做動脈栓塞止血治療，在同年5月作第二次動脈栓塞治療；2011年3月回診時發現門脈高壓胃病、胃糜爛及食道靜脈曲張合併出血並作結紮手術。

三、求醫過程

個案於2011年7月5日，因持續發燒38.4℃伴隨寒顫、噁心、食慾不佳及腹部脹痛至急診就醫，檢查發現腹部轉移性濁音、雙側下肢水腫、體重為55.9kg，抽血檢查：總膽紅素 1.4mg/dl、SGOT/SGPT 64/20U/L、白蛋白 3.31g/dl、鈉 136mEq/l、鉀 4.4mEq/l、血尿素氮 23.6mg/dl、肌酸 1.09mg/dl，診斷原發性惡性腫瘤合併腹水，入院治療。

四、護理評估

筆者於2011年7月5日至2011年7月16日護理期間，依生理、心理、社會、靈性四個層面進行整體性護理評估，統整分析如下：



圖一 家族圖譜

(一)生理層面

1. 氧合循環：入院時意識清楚GCS：E4V5M6，呼吸20~24次/分，血壓115/72mmHg，呼吸時胸部起伏對稱，呼吸音正常，血氧飽和度95%，下肢末稍冰冷且呈現凹陷性水腫(++)。以上資料得知有體液容積過量的健康問題。
2. 營養代謝狀態：身高152公分，入院前體重：6/15：52.8kg、6/28：54.1kg；入院後7/5-7/7體重分別為55.9kg、55.3kg、55.9kg，其標準體重為(152-70)*0.6 =49.2kg，估計每日攝取熱量約1,270大卡、水份1,200-1,500ml、低鈉2gm/天。7/5主訴「平常時食慾好，每日早餐可喝150c.c.配方牛奶，午、晚餐時吃2碗飯、青菜2-3碟、水果2-3份，愛吃蓮藕湯、醬瓜類」、「約半個月前，開始逐漸食量降低且感到噁心、嘔吐、腹部脹痛很不舒服」、7/6訴「腹部脹痛，疼痛一直斷斷續續的」、7/8「住院後食慾變差了，每天早上只喝120c.c.的牛奶，午、晚餐可吃1碗半粥或麵、青菜1碟」。7/5扣診腹部有轉移性濁音，雙下肢凹陷性水腫(++)。評估此型態有體液容積過量之健康問題。
3. 排泄型態：住院前、後大便每日約2-3次，成型軟便，為土黃色，無明顯改變。泌尿系統方面，7/7主訴「住院前容易在晚上起床上廁所但尿量不多，每日尿量約1,600~2,000c.c.」；住院後主訴「跟住院前一樣，每次上廁所量都少少的」，服用利尿劑後，每日尿量約1,900-2,400ml，尿液黃而澄清。顯示有體液容積過量的健康問題。
4. 活動及運動型態：個案表示在2年前案夫過世後，開始輪流至3個兒子家中居住，平時使用拐杖至住家附近公園散步，每天兩次，散步約1-2小時/次，活動情形良好。於2011年3月，因不慎跌倒導致右髖關節骨折並作手術，之後開始使用助行器協助步行，改為每天散步一次約1小時。住院期間，每日在外籍看護協助下，使用助行器行走病房周圍約100~200公尺，7/6主訴「有時候覺得腳脹脹的不舒服，在散步的時候走的就比較慢」、7/8「最近這陣子走路會痛、不舒服，都不想下床走路了」。以上資料得知有體液容積過量的健康問題。
5. 睡眠休息型態：據家屬表示，住院前，個案要輪流住三個兒子家，一開始換地方的前幾天都會睡不好，白天常常會要睡覺補眠，7/5個案訴：「住院前住小兒子家時，白天常常因為外面車子來來去去而睡不好」、7/6「住院前，半夜會起床上廁所，之後就睡不著了」。7/7「這陣子都覺得肚子脹脹痛痛的，不管躺哪個姿勢都睡不好，每天起床都感覺睡不飽」、7/8個案又訴：「在這裡每天白天人這麼多，連想睡個

午覺也不能睡，真吵！」、「晚上睡覺的時候，會因為護士講話的聲音而驚醒，然後就睡不著了，白天只有睡2-3小時！」。個案訴說時精神疲憊並不時打哈欠，與其會談時，雙手不自覺觸摸眼睛且眼皮不自覺會閉上，發現個案於入睡後易因環境吵雜而驚醒，顯示個案有失眠健康問題。

6. 認知感受型態：雙耳中度重聽、雙側白內障障礙，平時使用眼藥水滴藥，在味覺方面，主訴「有時會覺得食物不夠鹹」，與個案溝通時，可清楚表達想法並可理解他人意思。

(二)心理層面

據家屬表示「個案是個性樂觀有自信的人，且自己的穿著只要求整齊乾淨就好！」，7/7訴及「我這樣可以出院嗎？我還剩多久的時間可以活？」、7/8「在老公過世前，若有蝦咪代誌都會和他講，但兩年前老公過世後，現在在想什麼都只會告訴大媳婦和大孫子的女朋友，哪係身體不爽快，我攏賣講給任何人災影，因為挖災影哪係進去住院後就會像老公一樣在醫院過世」，會談過程中發現個案雙手不時緊握、表情皺眉、眼神望向遠方，7/9與個案會談時，雙手緊握、面部無表情、陳述字句時，聲音平淡無高低起伏，並不時表示「我會不會躺著躺著就死了」。7/10大媳婦表示「這次住院前，最放心不下的就是害怕住院後會在醫院過世，無法看到我兒子娶媳婦而堅持不肯入院」，在家屬的安撫下，才入院接受治療。住院期間，個案配合醫療處置，希望可以改善自己身體不舒服的症狀後盡早返家，由以上資料得知有死亡焦慮的問題。

(三)社會層面

個案角色方面為媽媽、奶奶，家屬表示「在罹病前平時與家人、朋友相處融洽，並常會與大媳婦或大孫子的女友聊天講心事」、主訴「生病後，身體已經開始慢慢變差了，且老公死掉後常常需要麻煩三個兒子輪流照顧，會不會到時搞得三個兒子都不願照顧了！」。住院期間，大兒子與3兒子及其配偶會在下午時間前來探望、2兒子及孫子、孫媳婦等人主要在假日下午時間前來探望，並與個案聊天、給予鼓勵性支持，7/13表示「昨晚已經跟大兒子講好了，死後要採火化方式並且要跟死去的老公住在一起不要分開」。

(四)靈性層面

個案表示，家裡有擺放神明、信仰佛教，平時初一、十五會拜拜。住院期間，與個案會談時曾表示「要死也要回大兒子家那邊，那邊有神明祖先，我應該要去住那裡」，且若腹部脹痛不舒服時，會心中念阿彌陀佛，祈禱神明可以讓她舒服點。7/14向大媳婦表示「遲早有天會去世的，我想我走的時候神明會保佑我不要讓我這麼痛苦去世」。

問題確立與護理措施

根據以上的評估，歸納出個案有體液容積過量、失眠及死亡焦慮的健康問題，運用Waston關懷理論執行護理措施及評值，分別詳細描述如下：

一、體液容積過量/調節機轉功能失調(2011/7/5至7/15)

主客觀資料	主觀資料 1.7/5「平常時食慾良好，每日早餐可喝150c.c.配方牛奶，午、晚餐時吃2碗飯、青菜2-3碟、水果2-3份，愛吃蓮藕湯、醬瓜類」；「約半個月前，開始逐漸食量降低且感到噁心、嘔吐、腹部脹痛很不舒服」。 2.7/6「腹部脹痛，疼痛一直斷斷續續的」；「有時候覺得腳脹脹的不舒服，散步的時候走的就比較慢」。 3.7/7「住院前容易在晚上起床上廁所但尿量不多」。 4.7/8「住院後食慾變差了，每天早上只喝120cc的牛奶，午、晚餐可吃1碗半粥或麵、青菜1碟」；「最近這陣子走路會痛、不舒服，都不想下床走路了」。 客觀資料 1.7/5扣診腹部有轉移性濁音、觸壓柔軟、無壓痛；呼吸20~24次/分，呼吸時胸部起伏對稱，呼吸音正常，血氧飽和度95%，雙下肢有凹陷性水腫(++)；抽血報告：白血球 6.4 1000/Ul、白蛋白 3.31 g/dl、總膽紅素 1.4 mg/dl、SGOT/SGPT 64/20U/L、血尿素氮 23.6mg/dl、肌酸 1.09mg/dl。 2.7/7「每日尿量約1,600~ 2,000cc」。 3.7/9腸蠕音約8次/分。 4.入院前體重：6/15(52.8kg)、6/28(54.1kg)；入院後體重：7/5(55.9kg)、7/6(55.3kg)、7/7(55.9kg)。
護理目標	1.7/8前個案可說出減輕水腫之方法至少3項。 2.7/10前個案體重可減輕1~2公斤以上，每日尿量增加300-500ml。 3.7/15前個案(1)雙側下肢水腫能降至下肢凹陷性水腫(+)以下。(2)皮膚無出現破損之情形。
護理措施	一、提供支持性、保護性環境 1.教導個案穿較寬鬆衣服以避免鬆緊帶壓迫腹部。 2.提供舒適姿勢與環境，平躺時抬高床尾，並請外籍看護使用枕頭墊於腳尾，以減輕下肢水腫。 3.教導其步行活動後躺於床上休息30分鐘，抬高下肢促進血液回流。 4.班內隨時觀察個案有無呼吸短促、腹脹不適等情形。 二、培養對於自我及他人敏銳度 協助進行每日測量體重並紀錄，教導每體重增加1公斤就表示有1公升的體液留滯，乃體液容積過量之表徵。 三、促進人際間教與學之互動 1.給予裝好鹽(2gm/天)的塑膠袋，教導外籍看護依此比例烹調食物。 2.教導個案可說出吃飯時的湯水、吃藥物的水量及一般喝水量總和不超1500ml/天，並給予有刻度的寶特瓶(約500ml)限制攝水量。 3.教導外籍看護在食物烹煮時，盡量以糖、醋、蔥、薑來調味。 4.教導個案減少使用醃製品食物，包括罐頭、油麵、豆瓣醬等。 四、滿足人類需要 1.追蹤執行腹腔穿刺放液術後的生命徵象、疼痛及有無感染。 2.教導家屬並協助按壓三陰交穴位以減輕下身水腫，作圈狀按摩，約15次/30分鐘。 3.教導外籍看護於個案沐浴後塗抹乳液，以防止皮膚龜裂。 五、有系統使用科學性問題解決法來作決定 1.每班定期觀察個案水腫改善程度，教導定期監測並紀錄輸出入量。 2.依醫囑給予furosemide 1amp/QD使用、spironolactone 1# /QD使用，並持續每班監測利尿劑使用效果及反應。
評值	1.7/8「我會拿著礦泉水的寶特瓶告訴自己每天喝的水和喝的湯不可以超過三瓶」、「我現在出去散步回來以後，都會叫看護幫我在腳下面放枕頭，這樣腳比較不會腫啦！」及「現在吃飯不可以配醬瓜或罐頭了」。 2.7/5~7/10體重由55.9公斤降至53.5公斤；服用利尿劑治療後，每日尿量由1,600 –2,000ml漸進增加為1,900-2,400ml。 3.7/12~7/13個案下肢凹陷性水腫(+)，皮膚無破損。 4.7/15評估個案下肢凹陷性水腫消失，體重維持在53.5公斤，皮膚完整無破損。

二、失眠/頻繁日間短憩、服用藥物(2011/7/5至7/16)

主客觀資料	主觀資料 1.7/5「住院前住小兒子家時，白天常常因為外面車子來來去去而睡不好」。 2.7/6「住院前，半夜會起床上廁所，之後就睡不著了」。 3.7/7「這陣子都覺得肚子脹脹痛痛的，不管躺哪個姿勢都睡不好，每天起床都感覺睡不飽」。 4.7/8「在這裡每天白天人這麼多，連想睡個午覺也不能睡，真吵！」；「晚上睡覺的時候，會因為護士講話的聲音而驚醒，然後就睡不著了，每天只有睡2-3小時！」。 客觀資料 1.7/6會談時，外觀略顯精神疲憊並不時打哈欠。 2.7/7會談時，雙手不自覺觸摸眼睛且眼皮不自覺會閉上。 3.7/8發現個案於入睡後易因環境吵雜而驚醒。
護理目標	1.7/10前個案可說出改善睡眠方式至少三項。 2.出院前個案可表示睡眠品質改善，睡眠時數可由2-3小時進增為5-6小時。
護理措施	一、提供支持性、保護性環境 1.教導若平躺時因腹水壓迫而造成不舒服，可利用枕頭墊在後腹側，並使身體側向另一邊，以減輕腹脹感。 2.治療時採集中護理，減少打擾次數。 3.入睡後，注意周遭環境噪音並協助關上房門，保持病室安靜。 二、培養對於自我及他人敏銳度 1.追蹤其睡眠品質有無改善，並與醫師討論調整安眠藥劑量。 2.持續觀察個案在聊天時有無出現疲憊、打哈欠或不自覺用手觸摸眼睛等非語言反應。 三、促進人際間教與學之互動 1.鼓勵並協助個案下床活動，減少日間睡眠時數。 2.在個案睡前，教導外傭及示範四肢或背部按摩，以增進睡眠品質。 3.在住院期間限制訪客探訪時間。 四、滿足人類需要 1.若有腹脹不適，在肚臍周圍塗抹薄荷油並教導腹部按摩。 2.教導個案翻身時，動作宜輕柔，避免不必要之牽扯造成疼痛。 五、有系統使用科學性問題解決法來作決定 依醫囑給zolpidem 1# /HS使用，並持續監測睡眠改善程度。
評值	1.7/9「我要睡覺前叫看護把門關起來，也可以叫他幫我按摩一下，這樣比較好睡！」 2.7/10「如果肚子脹痛不舒服會影響我睡覺，我會用抱枕放在腰後面靠著，這樣才比較舒服」。 3.7/12與個案會談時，外觀有精神，並主動提話題聊天且面帶微笑。 4.7/16出院前，外籍看護表示「阿嬤在住院後面這幾天有睡得比較好，睡眠時間大約增加5個半至7個小時左右」。 5.7/16出院前，主訴「這幾天叫我的看護把門關起來就比較安靜，我也睡得比之前好了」。 6.因主訴睡眠品質獲得改善，7/15與醫師討論後依醫囑指示停止服用zolpidem 1# /HS。

三、死亡焦慮/面對疾病末期的事實(2011/7/7至7/16)

主客觀資料	主觀資料 1.7/7「我這樣可以出院嗎？我還剩多久的時間可以活？」。 2.7/8「在老公過世前，若有蝦咪代誌都會和他講，但兩年前老公過世後，現在在想什麼都只會告訴大媳婦和大孫子的女朋友，哪係身體不爽快，我攏賣講給任何人災影，因為挖災影哪係進去住院後就會像老公一樣在醫院過世」。 3.7/8「生病後，身體已經開始慢慢變差了，且老公死掉後常常需要麻煩三個兒子輪流照顧，會不會到時搞得三個兒子都不願照顧了」。 4.7/9「我會不會躺著躺著就死了」。 5.7/10大媳婦表示「這次住院前，最放心不下的就是害怕住院後會在醫院過世，無法看到我兒子娶媳婦而堅持不肯入院」。 客觀資料 1.7/8會談時，雙手不時緊握、表情皺眉、眼神望向遠方。 2.7/9會談時，雙手緊握、面部無表情、陳述字句時，聲音平淡無高低起伏。 3.沉默與醫護人員互動少。
護理目標	1.7/12個案能說出轉移對死亡焦慮的放鬆技巧至少2種。 2.7/15個案能運用放鬆技巧轉移對死亡的焦慮，並能主動和護理師或家屬討論死亡相關議題。
護理措施	一、人性化及利他的基本價值體系 1.運用同理關懷及心理支持，鼓勵表達自己心中及面對死亡的看法。 2.當家屬探視時，鼓勵其說出對每個家人的感情，並鼓勵家屬給予非語言上的支持，包括擁抱、拍拍手背或摸肩膀，以增加互動。 二、發展助人-信賴的關係 1.主動向個案自我介紹，並利用治療時間至病床旁關心及支持，以建立良好護病關係(妳今天有進步喔！)。 2.向個案說明此次入院的治療方式，並一同訂定出院目標。 三、增進及接受正負向感受之表達 1.以開放式問題鼓勵個案能說出面對死亡歷程的想法，並給予適當支持與回應。 2.用心傾聽其所提出的各種想法，並接納各種情緒表達(我知道妳很擔心無法出院回家！)，瞭解其對死亡的焦慮。 四、培養對於自我及他人敏銳度 1.鼓勵家屬在下班後及利用假日，至醫院探視，可多陪陪個案，增加彼此相處時間，一週至少4-5次。 2.鼓勵其說出未完成的心願，並與家人協助完成。 3.安排個案與家屬一一地面對面溝通，並協助引導其說出感謝的話語以及對於往生後期望家屬對生活的計畫、想法，進而協助雙方化解焦慮及恐懼。 五、有系統使用科學性問題解決法來做決定 1.鼓勵家屬安排出院後的家庭聚會，並在每次聚會中可錄影或照相做成紀錄以提供家人留念。 2.瞭解個案心願未了的事宜，與家屬討論完成其心願之必要性。 3.引導個案說出有哪些事情想做，盡力協助其完成心願(大孫子娶媳婦)。 4.提供念佛機以轉移對死亡的焦慮。 六、允許存在現象之力量 1.告知醫院內設有佛堂，可由家屬陪伴至佛堂走走。 2.請大媳婦帶平安符或佛教的物品至個案身邊，藉由宗教力量降低其對死亡的恐懼感。
評值	1.7/12個案表示「聽聽佛經，心情較平靜了」；「晚上去佛堂走走，比較不會想很多！」。 2.7/13「昨晚已經跟大兒子講好了，死後要採火化方式，並且要跟死去的老公住在一起不要分開」。 3.7/14「年紀這麼大了，遲早有天會去世的，我想我走的時候，神明會保佑我不會讓我這麼痛苦死去」。 4.7/20電訪時，個案表示：「大孫子下個月要結婚了，對祖公也有交代了！」。

討論與結論

本文是探討一位85歲罹患肝癌末期合併腹水個案，在護理過程中運用Watson關懷照護的概念，持續性的評估並提供適當的護理措施，包括教導個案飲食攝取、定期監測體重變化並運用文獻中提到的穴位按摩，示範及教導外籍看護練習按摩方式以減輕腹水帶來的壓迫感，並隨時注意周遭環境的噪音進而改善其睡眠品質；另外，當個案面臨死亡焦慮時，起初並不願意告訴家屬心中害怕的事情，經筆者與其多次會談，並運用同理心、鼓勵及信仰的支持，陪伴個案至佛堂尋求心靈的慰藉及平靜，藉由信仰力量鼓勵說出面臨死亡的想法及心情，並運用癌末個案照顧之「全人、全程、全家、全隊」的概念，將靈性照護落實在照護中。

在照顧過程中，個案因反覆發生腹水滯留而出現腹部脹痛、噁心、嘔吐等不適現象，因生理症狀反覆發生而導致個案心情起起伏伏，讓筆者在剛開始照顧時覺得困難重重與限制，但透過用心傾聽個案所提出的各種想法、召開家屬討論會，透過照護團隊的共同介入，一同討論如何完成個案的心願及安排出院後定期舉辦家庭聚會，讓個案在面臨死亡話題時，不再像一開始焦慮，並且願意主動說出心中的想法，而筆者在出院後一個月電訪追蹤時，個案提及已經籌備好要在一個月內完成大孫子婚事的事情，以完成心願。

癌症末期的病人，醫療團隊除了提供生理症狀的緩解外，亦須重視病人的心理及靈性層面，故筆者期許未來此類病人在入院時，根據其健康照護問題及需求，擬定出院準備服務計畫、轉介肝癌個案管理師及安寧居家護理師，加強醫護團隊儘早的介入與落實，確保病人能得到持續性的照護。

參考資料

行政院衛生署(2012，8月29日)．*民國100年死亡統計年報*．取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12336&class_no=440&level_no=4

沈孟璇、陳海焦(2011)．一位白血病患者移植後復發面對死亡焦慮之護理經驗．*長庚護理，22*(2)，267-274。

林志陵、高嘉宏(2009)．肝癌危險因子與流行病學之變遷．*當代醫學，36*(1)，30-37。

林麗如、陳素燕(2011)．照顧一位肝癌末期患者之照護經驗．*腫瘤護理雜誌，11*(1)，49-59。

翁碩駿(2010)．穴位按摩．於陳偉鵬總校閱，*臨床症狀護理*(再版，417－436頁)．臺北市：華杏。

陳蘊珩、楊惠玲(2010)．一位猛爆性肝衰竭病人面對無力感之護理經驗．*護理雜誌，57*(2)，93-98。

童琴惠、彭素珍(2010)．照護一位無望感癌末病患之護理經驗．*領導護理，11*(1)，52-62。

黃美端、莊春蜜、姚靜宜、邱燕甘(2007)．Watson關懷理論於一位獨居癌末病人之護理經驗．*護理雜誌，54*(2)，98-101。

簡慧琪(2010)．運用靈性照護於一位肝癌末期病人之護理經驗．*護理雜誌，57*(2)，47-52。

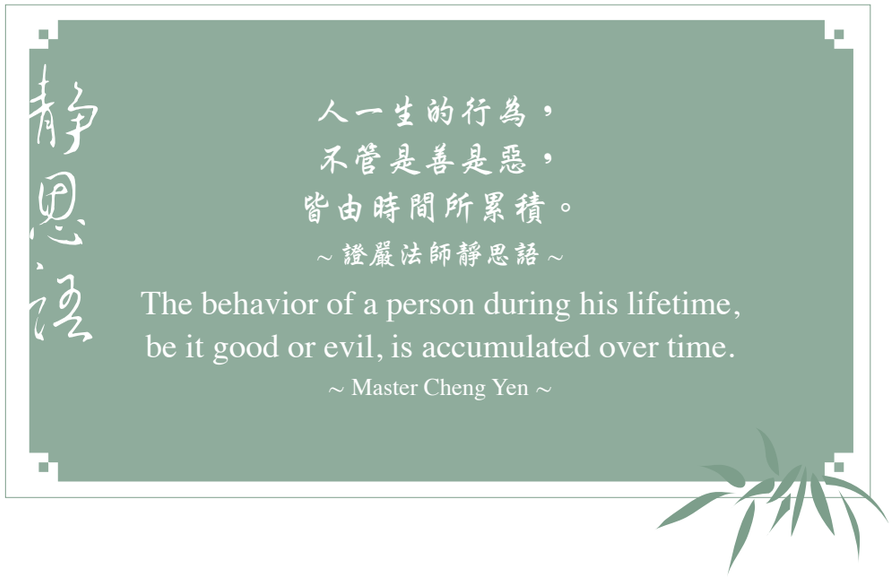
羅雪珍、蘇梅鳳、蘇淑芳(2008)．照顧一位肝癌末期患者之護理經驗．*弘光學報，54*，65-75。

鐘芬芳、蔡芸芳(2009)．「怕死」-談健康老人對死亡的焦慮．*長庚科技學刊，11*，123-132。

Hicks, D., Cummings, T., & Epstein, S. A. (2010). An approach to the patient with anxiety. *The Medical Clinics of North America, 94*(6), 1127-1139. doi: 1016/j.mcna.2010.08.008

Tang, P. L., Chiou, C. P., Lin, H. S., Wang, C., & Liand, S. L. (2011). Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients. *Cancer Nursing, 34*(4), 286-292. doi: 10.1097/NCC.0b013e31820254c6

Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly, 30*(1), 48-55.



A Nursing Experience of a Terminal Stage Hepatocellular Carcinoma Patient Suffering from Death-Induced Anxiety

Hsiao-Wen Wu, Chun-Chin Hsieh*

ABSTRACT

This report described the special nursing experience of an 85 years-old patient diagnosed with terminal stage hepatocellular carcinoma (HCC) complicated with ascites. In addition to the physical discomfort, this patient also faced the anxiety due the unpredictable disease progress. From July 5, 2011 to July 16, 2011, through compressive evaluation, observation as well as consultation, we collected the data on physical, psychological, societal, and spiritual aspects of this patient and identified the following major health issues: fluids overload, insomnia, and death-induced anxiety. During the nursing period, we taught the patient, based on Watson's care theory, acupuncture point massage and the control of water and salt intake. We encouraged the patient to increase day-time activities and to reduce ambience noise to improve sleeping quality; to be forthcoming with genuine feelings to overcome the death-induced anxiety. By establishing a mutual trust, we offered a supportive and protective environment for the patient provided a holistic care encompassing physical, psychological, spiritual, social and culture aspects. We hope to contribute towards the quality of care for terminal liver cancer patients by sharing this special nursing experience. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:1, 90-100)

Keywords: death anxiety, hepatocelluar carcinoma, terminal stage, Watson care theory

RN, Keelung Chang Gung Memorial Hospital; Head Nurse, Department of Nursing, Keelung Chang Gung Memorial Hospital*
Accepted: June 29, 2013
Address correspondence to: Chun-Chin Hsieh, No. 222, Maijin Rd., Anle District, Keelung City 20401, Taiwan, Department of Nursing, Keelung Chang Gung Memorial Hospital.
Tel: 886-2-2431-3131 ext: 2739 ; E-mail: chunchin@adm.cgmh.org.tw