

一位胰臟癌末期病人 之護理經驗

張文蓓 黃素珍*

中文摘要

本文旨在描述一位胰臟癌末期病人之安寧照護經驗。護理期間為2010年1月31日至2010年2月16日。筆者運用羅氏適應模式為評估架構，發現個案有慢性疼痛、失眠、營養不均衡；少於身體需要、預期性哀傷等問題，以安寧療護之理念，教導外傭按摩、協助病人練習深呼吸，並配合止痛藥物使用，病人之疼痛指數由9分降到3分；指導外傭於個案睡前背部按摩、配合個案默想聖經字句以協助入睡，入睡後則採集中護理，以改善其睡眠中斷現象；其次，與其外傭及小兒子討論並設計吸引個案之菜單，使其進食量增加；此外，因個案預期將要與過逝的先生見面、又放不下對孩子們的牽掛，筆者鼓勵其依靠原有信仰，以禱告和家人支持來渡過哀傷，並協助病人完成生命回顧。(志為護理，2014; 13:2, 70-80)

關鍵詞：癌症末期、失眠、預期性哀傷、護理、安寧療護

前言

胰臟癌是生長於胰臟的惡性腫瘤，為常見腫瘤中惡性程度最高，也是全世界死亡率最高的癌症(National Cancer Institute, 2010)；在臺灣，依據行政院衛生署(2010)統計，胰臟癌之發生個案數佔全部癌症的1.55%，死亡人數則佔全部癌症死亡人數的2.93%。此外，胰臟癌較常侵犯中老年人，當腫瘤大到相當程度後，才以腹部疼

痛之症狀來表現，所以病人往往罹患胰臟癌後，就必需直接面臨末期這個突如其來的噩耗，如此身心皆會面臨莫大的衝擊(Mock et al., 2007)。本個案為68歲喪偶之胰臟癌末期婦人，在接受健康檢查時意外發現胰臟癌，由於害怕及不願治療而延誤就醫時機，六個月後因上腹部疼痛，再次決定治療時已被診斷為末期，除了忍受上腹部腫瘤之疼痛，也常主訴一夜都沒睡而感到極為困擾，並且影響活動及食慾，表

衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)護理督導長 天成醫療社團法人天晟醫院護理副院長*

接受刊載：2013年1月3日

通訊作者地址：黃素珍 中壢市320延平路155號

電話：886-3-4629292 轉22892 電子信箱：jen@tcmg.com.tw

示常胡思亂想，懷疑自己是否將死而心情不佳，因此引發作此個案之動機，期望個案在住院期間，藉由安寧療護護理過程之介入，能協助個案減輕疼痛、改善睡眠、增進食慾，進而欣然面對珍貴有限的人生。

文獻查證

依此個案問題所做之文獻查證，經歸納後分述如下：

一、胰臟癌末期病人常見的健康問題與照護原則

胰臟癌是一種極為惡性的癌症，病程進展非常快速，與其他伴隨上腹疼痛的疾病不容易鑑別診斷，且發現時多已是末期，故症狀的緩解是胰臟癌末期的重要目標；全面的評估臨床症狀極為重要，腹部疼痛、哀傷、憂鬱、失眠、惡病質、腹水、黃疸、血栓形成和食慾不振、胃腸道不適之症狀皆為胰臟癌末期病人常見之問題(Neoptolemos, Urrutia, Abbruzzese, & Büchler, 2010；王等, 2011)；安寧緩和療護的重點即為全方位照護，故醫護人員必需和家屬一起盡力解決病人上述的身體和心理社會、心靈上的症狀，以期增進其生活品質(蔡、賴, 2008)。

二、慢性疼痛的相關概念與護理

末期胰臟癌引發之疼痛極可能是由於腫瘤長期擠壓到鄰近之神經及附近的器官所導致，建議減輕其疼痛的方法主要為疼痛藥物的給與，而嗎啡類止痛藥物常被用於癌症病人之疼痛處理，此外也可藉由護理措施輔助，如協助執行深呼吸放鬆技巧及轉移注意力之減壓技巧等

皆是(Kitahara, Kojima, & Ohmura, 2006)，治療目標為緩解不適症狀，以及提升生活品質。

三、失眠的相關概念與護理

失眠是癌症末期病人普遍存在的問題，護理人員評估癌症末期病人的睡眠情形如：病人何時上床、何時入睡、夜裡醒來之次數及持續時間、和早上醒來和起床的時間等等，有助於對於其失眠狀況有更深入的瞭解，確定病人有失眠情形後，可運用各種護理措施預防或減輕病人失眠狀況，如教導正確的睡眠衛生知識，對於改善失眠者的睡眠潛伏期和睡眠時數等(Irwin, Cole, & Nicassio, 2006)、背部按摩對於失眠亦有明顯的改善(Zhou et al., 2006)、音樂治療與靜思冥想也可改善癌症病人之焦慮及憂鬱，對睡眠品質也有相當的助益(Montgomery & Shepard, 2010)。

四、營養不均衡：少於身體需要的相關概念與護理

營養不均衡：少於身體需要是胰臟癌末期病人普遍存在的問題，嚴重者可進展成惡病質，身體肌肉的耗盡和免疫受損，以及影響生理、心理的功能，甚至影響生活品質，故護理重點為提供營養支持，繼而達到延長生命的目標(Doyle et al., 2006)。針對癌症病人的營養護理原則包括：高熱量高蛋白飲食，及營養素均衡攝取；少量多餐及減少液體有助於增加食物攝入量；若單靠食物不能達到營養需求，建議增加高熱量飲品的攝取；如仍無法滿足營養所需，則提供短期的靜脈營養輸液補充是必要的(Bauer et al., 2006)。

五、預期性哀傷的相關概念與護理

癌症末期病人所發生之哀傷乃是因即將面臨死亡所產生的思想、感情、文化和社會預期的種種自然反應。護理人員在照顧末期癌症病人的過程中，必需接受其哀傷的反應，提供正向的協助及陪伴，以降低病人的孤獨負向感受，並且善用病人既有的支持系統及宗教信仰的資源，幫助病人接受自己命運的事實，協助其完成生命的回顧(趙，1999)。

綜合上述文獻，胰臟癌末期病人，不僅面臨疾病造成的疼痛、失眠、營養不均衡；少於身體需要等等生理上的折磨，更因為面對自己即將死亡的悲傷及對家人的牽掛不捨而產生許多的情緒，此時需要護理人員的照護及提供明確充分的訊息，改善病人不適的狀況，經由護理人員及家屬的鼓勵與支持，可讓其表達心理感受而達成降低悲傷的目標。

護理過程

一、個案簡介

(一)基本資料：

張女士，68歲，國小畢業，講國、臺語，職業家管，丈夫於十年前因大腸癌過逝，育有五男一女，四個兒子已成家，一個女兒已出嫁，目前與未婚之小兒子及外傭同住，其餘兒女會輪流回家探望，生活起居主要由外傭照顧。個案本身主要經濟來源為已過逝先生遺留之房地產，經濟狀況富裕。

(二)疾病史及發病過程：

個案主訴年輕時身體狀況良好，從未住院或接受過手術。於2009年1月由女兒安排至某教學醫院健檢中心接受健康檢查，抽血結果腫瘤指數Ca 19-9為313.1

U/ml，之後入院完成腹部電腦斷層證實胰臟頭部有約3x2公分之腫瘤形成，並且已阻塞胰管，且腹部有細微之淋巴結轉移，經細針抽吸後之細胞學檢查確定為胰臟腺癌，當時醫師建議化學藥物治療。但個案不願回醫院接受治療，改尋求中醫服用中藥。於2009年7月因上腹部開始疼痛不適，轉至本院求診，再行腹部電腦斷層掃描：結果顯示腹部有淋巴結轉移情形加劇，胰臟頭部腫瘤成長，癌症分期為T3N1M1，但個案僅願意在門診接受疼痛控制，此次因上腹部疼痛加劇，於2010年1月29日入本院住院做進一步的檢查與治療，住院期間接受症狀控制與緩和性化學治療，至2月16日出院返家，持續每日返院接受光子刀放射線治療。

二、護理評估

本個案護理期間為2010年1月31日至2月16日出院，在照護過程中藉由與家屬及個案之溝通、會談、觀察方式收集資料，依羅氏適應模式進行生理、心理、社會及靈性等方面資料並加以分析。

(一)生理功能模式

1.活動與休息：個案在家無服用安眠藥習慣，主訴晚上約11點就寢，平日較淺眠、容易醒，半夜睡4小時即會自動醒來，如廁後才再行入睡，早上6點多起床，每日睡眠時數約有7小時，午睡約1小時。住院期間因癌症導致反覆上腹疼痛，有時甚至痛至背部，常持續數小時，側躺於床上縮成蝦米狀稍有緩解。情緒表現憂鬱，配合安眠藥eurodin 2mg睡前使用及止痛藥物MST 60mg每12小時規則服用以協助睡眠，但因癌痛不適容易

醒來，且多利用白天補充睡眠，收集2/5～2/7夜晚睡眠資料，個案須半小時才真正入睡、每晚熟睡約3小時、每晚醒來7至8次、入睡後醒過來無法馬上入睡。自覺每天吃完早餐後是精神狀態最好的時候，但白天個案黑眼圈嚴重常有打哈欠情形，常抱怨覺得體力越來越差，容易疲倦，沒有體力到病房外活動，活動空間局限於病床。分析：個案住院期間因上腹部疼痛，雖使用安眠藥及止痛藥，睡眠時數仍不足而有失眠之問題。

2.營養：個案主訴平常喜歡吃醬瓜配饅頭，也喜歡吃廣式小點心和西點，如小籠包等，早餐常喝牛奶，這四個月來食慾變差，進食量降低，四個月內瘦7公斤。入院時身高154.5公分、體重42公斤，標準體重為45.63～55.77公斤，BMI值18.43，屬於體重過輕，抽血檢查albumin為3.6g/dl。個案住院期間由外傭或小兒子準備食物，家人買什麼就吃什麼，個案因食慾不佳也說不出想吃什麼，早餐只喝一小杯牛奶，中餐及晚餐常只吃半碗稀飯，一天熱量攝取不到800卡。分析：個案因疾病引起食慾不振而有營養不均衡：少於身體需要之問題。

3.排泄：個案平時排便規律，一天1至2次黃軟便。住院後，少有腹脹解便不順情形，也無解尿困難或頻尿現象。分析：個案住院期間能維持正常之排尿及排便型態。

4.氧氣與循環：入院時體溫37°C，心跳74次/min，呼吸19次/min，血壓122/78mmHg；呼吸規律，雙側肺葉呼吸音清澈，但臉色及雙眼結膜顯得較蒼白，抽血資料Hct 27.2%、Hb 9.6g/dl。分析：雖然個案呈現輕微貧血但住院期間

仍可維持正常氧氣與循環功能。

5.體液及電解質：皮膚較為乾燥，無水腫情形。腎功能檢查值：BUN 12mg/dl、creatinine 1.2mg/dl、Na 138 mEq/L、K 3.9 mEq/L、Cl 108 mEq/L。分析：個案體液及電解質狀態符合身體所需。

6.感覺的調節：個案自訴上腹部肚子斷斷續續疼痛不適有六個多月，且次數越來越頻繁，一個月前主治醫師已開始給與morphine，在家中每4小時規則服用morphine 5mg，但最近一週開始半夜會痛醒，且疼痛指數達8分。入院後觀察個案說話小聲且緩慢無力，與其對談時能集中注意及適時回應，在思考、語言表達及決策能力皆能清楚表達。分析：個案因胰臟癌而有慢性疼痛之問題。

(二)自我概念模式

個案主訴從小愛漂亮，平日重視穿著打扮。住院期間常情緒低落，拒絕與小孩以外的親友交談，且表示：「我現在這樣怎麼見人」。經筆者常陪伴及多次安撫情緒後，雖然多數的時間感到身體不適，仍請外傭每日幫忙梳頭洗臉，遇有親友探訪時，更會刻意擦上口紅，勉強坐起來並擠出笑容與他們交談。分析：個案對自我外觀極為重視，雖住院仍注意其外觀之統整。

(三)角色功能模式

個案正值老年期，小兒子表示個案與丈夫感情良好，丈夫於十年前因大腸癌過逝後，兒女鼓勵其參與社區公園活動，並且常常輪流回家陪個案，讓個案覺得很欣慰！住院中個案曾神情煩躁表示：「我孩子都這麼孝順，這一生值得了，唯一放不下的是小兒子還沒女朋友，都還沒看見他結婚生子，我怎麼能

這樣就死？」。分析：依Erikson(1963)之心理社會發展觀點，個案處於人生檢討階段，會面對生命的終結思考其意義，個案喪偶，對孩子們的孝順感到滿足，但對即將生命結束仍有孩子未成家立業卻仍感到無奈。

(四)相互依賴模式

個案表示生命中最重要的人是丈夫，在談及疾病帶給她的感受，醫師在確定診斷後，告知得了胰臟癌，表示：「當醫師告訴我不好的東西時，我知道丈夫要來接我了」，說話當時眼眶泛紅。

住院期間外傭於病榻前陪伴個案，小兒子常為了陪個案而把工作帶來病房做。兒女有時會帶孫子來看個案，個案當下情緒表現高興，也少有下列腹痛之主訴，但孫子離開後明顯較沉默。分析：個案雖然可由兒孫處得到應有的支持，但對於預期自己即將因胰臟癌離開人世而感到哀傷。

問題及導因確立

經由上述護理評估結果，確立個案之護理問題及其各項護理計畫依序如下：

護理問題一：2/3慢性疼痛與癌症持續惡化不了解緩解疼痛方法有關

主觀資料	1.2/1「最近1個禮拜有時會痛到肚子好像要爆開，整個肚臍四周都很痛」。 2.2/1「之前可以忍受的肚子酸痛是3分，從這禮拜開始疼痛分數低時就3分，痛起來到8、9分」。 3.2/2「之前在家肚子痛，我還可以忍受，最近痛得受不了，吃止痛藥也沒效」。 4.2/3「今早又有一次肚子痛，痛到冒冷汗，覺得站也不行，坐也不行」。
客觀資料	1.雙手摸下腹部，且表情愁苦皺眉，精神疲倦。 2.評估下腹部深觸診有壓痛，皮膚完整，有不規則4x4公分腫塊。 3.1/31~2/3 MST 30mg每12小時規則服用，加morphine 5mg需要時每4小時靜脈滴注，靜脈嗎啡每日使用量3~4次，每日劑量達15~20mg。
目標	1.2/10在指導下能正確執行2項緩解疼痛方法。 2.2/11能口頭表達疼痛感減輕，並指出疼痛指數降到3分以下。
護理措施	1-1.教導個案、小兒子及外傭減輕疼痛的方法，包括：(1)小睡一小時以獲得適當的休息。(2)平躺時利用軟枕支撐雙腿以減輕腹部肌肉緊張。(3)採取個案認為最舒服的臥姿。(4)回覆示教深呼吸放鬆技巧：穿寬鬆衣服躺下，用鼻子緩慢而均勻地吸氣，感覺下腹擴張至肋骨部位，最後達整個肺部；吐氣時，以相反順序慢慢吐出。(5)瞭解個案喜歡聽的詩歌，並鼓勵三兒子帶來柔和的詩歌CD放給個案聽，以轉移對疼痛感覺之注意力。 2-1.傳達善終之理念，鼓勵個案表達疼痛感受，幫助他少一點痛苦，每四小時監測疼痛頻率、性質及特徵變化。 2-2.收集止痛藥使用資料，與主治醫師討論，2/4醫囑改MST 60mg每12小時規則服用及morphine 5mg p.r.n每4小時靜脈滴注，觀察用藥情形及評估效果。
結果評估	1.2/6疼痛評估指數降至3~6分。 2.2/8三兒子帶來天韻合唱團CD，病人常聽「是愛」並表示喜歡此首詩歌，聽的時候感到很放鬆。 3.2/9可於家屬協助下執行減輕疼痛技巧，在午睡時會利用軟枕支撐雙腿，並且採取個案認為最舒服的左側臥。 4.2/5~2/10每日主動向護理人員要求靜脈滴注morphine 5mg平均0~1次，滴注完評估疼痛能降至3分。 5.2/11個案訴：「現在肚子痛比住院前好多了」，能主動向護理人員表達不舒服的感覺，對出院後之疼痛控制表達關切且願意配合。

護理問題二：2/7失眠與腫瘤導致上腹部疼痛及掛心疾病有關

主觀資料	<p>1.2/5「昨晚又沒睡好，躺了好久，好不容易想睡，護士小姐就進來換點滴，要不就是口乾想喝水又醒過來」。</p> <p>2.2/6「感覺一夜都沒睡，現在頭很重，不想下床，也不想看電視」。</p> <p>3.2/7「昨晚9點多吃了安眠藥和嗎啡後，雖然比較舒服，可是躺在床上一想到自己竟然得癌症就想哭結果還是睡不著」。</p> <p>4.個案小兒子表示個案在家睡覺就很怕吵，一點聲音都會被吵起來。</p>
客觀資料	<p>1.點滴持續24小時滴注，滴數為40ml/hr。</p> <p>2.2/4夜班護理人員探視個案，輕聲打開病房門即看見個案躺在床上，張開眼睛盯著天花板還未入睡。</p> <p>3.2/5白天表情反應淡漠，黑眼圈明顯，顯得無精神，不時打哈欠。</p> <p>4.收集2/5~2/7睡眠資料，外傭及夜班護理人員觀察個案須半小時才真正入睡、每晚熟睡時數約3小時、每晚醒過來7至8次、入睡後醒過來又無法馬上入睡。</p> <p>5.2/5至2/7個案活動空間多侷限於病房範圍內，因信仰基督教，常躺在床上翻閱聖經。</p>
目標	<p>1.2/13個案在引導下能說出疼痛指數降低至3分以下</p> <p>2.2/14在安眠藥使用下睡眠時數每晚能增加至4小時</p>
護理措施	<p>1-1.指導外傭及個案共同學習正確的睡眠衛生觀念：</p> <p>(1)睡前30分鐘勿在床上閱讀書報或看電視。且白天補睡不超過2小時。</p> <p>(2)定時就寢及起床，即使前晚睡不好，隔日早上還是準時起床。</p> <p>1-2.減少入睡時間之衛教：</p> <p>(1)睡前15分鐘由外傭提供背部按摩：手掌掌根放在個案後背脊柱兩側肌肉(從左側做，再做右側)，做柔和的迴旋運動。在固定點按揉數十秒後再將手向下移，重複操作至按揉到臀部上方。</p> <p>(2)躺臥後靜思默想集中注意力在有特別感受的聖經字句。</p> <p>1-3.維持無中斷睡眠衛教：</p> <p>(1)夜間採集中、有計劃執行夜間護理活動，探視個案時，勿關閉病房門避免聲響，執行護理工作儘量輕柔，若擔心口乾可於睡前喝少量溫水。</p> <p>(2)跟小兒子討論個案以前睡眠習慣，依病人的需要點柔和的小燈。</p> <p>(3)與主治醫師討論，仍舊維持eurodin 2mg睡前及MST 60mg每12小時規則服用，減少夜間護理工作。</p> <p>(4)放聖經在枕頭旁邊，以安定個案情緒。</p> <p>1-4.持續監測個案夜眠形態及品質，並記錄每晚睡眠時數。</p> <p>2-1.與個案討論對疾病的想法及內心的擔憂，請主治醫師回答並澄清疑慮。</p>
結果評估	<p>1.2/6主治醫師與個案及小兒子討論後續治療及照顧，個案希望先將疼痛和睡眠控制調整好，再決定後續癌症治療方式。</p> <p>2.2/8由15分鐘開始，三餐後外傭陪伴緩慢散步，至2/10已逐漸增加白天活動量，三餐後可慢走散步約半小時。</p> <p>3.生命徵象測量次數原為q6h，2/9與主治醫師討論後，更改為qid，點滴滴數將原先滴數40ml/hr改為100ml/hr，且點滴的滴注於早上9點滴至晚上9點結束。</p> <p>4.2/10早上女兒、外孫來訪，陪個案坐輪椅至花園聊天，下午聽詩歌後午睡1小時，晚上睡前外傭給與背部按摩10鐘後才躺下，隔日早晨表示昨晚沒多久就睡著了，約睡2個多小時。</p> <p>5.2/13早晨個案表示「昨天晚上睡得比較好，比較少被聲音吵醒」「睡前有想到我兒子說的聖經：我的肉體、和我的心腸衰殘，但神是我心裡的力量、我不想多想了，身體交給主吧」。觀察夜眠中斷次數約3~4次，夜眠持續4.5小時(PM 11:40~AM 4:10)。</p> <p>6.2/14白天精神好，牧師及三兒子互動愉快且無倦容出現，個案表示「現在晚上不量血壓和打點滴，我也儘量讓自己不再亂想了，這樣睡的多，也覺得比較有元氣」。</p>

護理問題三：2/7營養不均衡：少於身體需要與癌症末期引起食慾不振有關

主觀資料	<p>1.2/5「我本來就吃不多，生病後吃更少，這幾個月胃口都很差」。</p> <p>2.2/5「以前還蠻喜歡吃小點心、蛋糕，最近連甜食都不想吃」。</p> <p>3.2/6「吃東西都沒味道，看什麼都沒胃口」。</p>
客觀資料	<p>1.四個月前減輕5kg，身高154.5公分、目前體重42公斤，比理想體重少6.7公斤，BMI值18.43，體重過輕。</p> <p>2.1/31抽血資料albumin為3.6g/dl，Hct 27.2%、Hb 9.6g/dl。</p> <p>3.2/7早餐只喝一杯200cc牛奶，中餐只吃半碗稀飯配醬瓜，晚餐只吃半碗稀飯配肉湯(一天共攝入800Kcal熱量)，飯後並無明顯腹脹或絞痛情形。</p> <p>4.個案皮膚顏色呈蒼白、溫熱，肌肉飽滿度與彈性較差。</p>
目標	<p>1.2/10在指導下外傭及小兒子能說出攝取高熱量高蛋白飲食之重要性及原則各2種。</p> <p>2.2/13個案每日基本熱量攝取能達每天至少1,540Kcal (35大卡/公斤)。</p>
護理措施	<p>1-1.與外傭及小兒子強調，高熱量高蛋白飲食可避免個案體重持續減輕，更可減少後續合併症和感染。</p> <p>1-2.與外傭及小兒子共同討論及設計吸引個案的菜單，並遵循高熱量、高蛋白飲食原則：</p> <p>(1)教導高蛋白奶粉或奶製品、雞蛋、豬牛肉、肉鬆、火腿、香腸、黃豆等都是蛋白質來源，可製作或購買含有此成份之小點心或小蛋糕，以少量多餐方式陪個案一起享用。</p> <p>(2)每天至少食用6~8份的蛋白質食物，如三指面積的肉片、1顆蛋皆相當於一份蛋白質的量。</p> <p>(3)選濃縮且體積小食物，少吃油炸或纖維多的蔬果，且教導外傭食物烹煮原則應盡量軟嫩，選擇易消化食材。</p> <p>2-1.增加熱量攝取之護理指導：</p> <p>(1)2/9開始增加每天進食餐次為早、中、晚餐、下午點心和宵夜五餐，時間到就吃，每餐不過飽。</p> <p>(2)記錄每餐的飲食量及種類，以了解每日攝取量。且想吃東西時選擇含熱量及蛋白質的食物。</p> <p>(3)從點心增加熱量，請外傭及小兒子準備個案喜歡的廣式點心。且用餐時，喜歡的食物先吃。</p> <p>(4)床邊隨時備有可取得之小西點心及營養補充配方罐裝飲料。</p> <p>2-2.安排營養師會診，建議食用立攝適或愛美力配方，於兩餐間吃點心時當飲料飲用，每日維持2罐。</p> <p>2-3.鼓勵小兒子或其他家人能利用床上桌與個案同時用餐，保持情緒愉快。</p> <p>2-4.每日早上評估病人體重與精力狀態。</p>
結果評值	<p>1.2/9小兒子瞭解高熱量高蛋白飲食對個案體力有幫助，外傭能說出乳酪蛋糕、牛肉麵、花生湯為高熱量、高蛋白飲食。</p> <p>2.2/9漸進性增加熱量，每日五小餐，2/9 700 kcal/day，2/10增加至1,100 kcal/day，2/10增加至1,300 kcal/day，2/11維持1,300 kcal/day。</p> <p>3.2/12觀察午餐進食量，在小兒子陪伴吃飯下，吃完一小碗魯肉飯及一顆茶葉蛋，當日攝取1,500 kcal。</p> <p>4.2/13女兒來訪，準備個案喜歡的蒸蛋、珍珠丸子及牛肉粉腸，個案吃完半碗蒸蛋、3顆珍珠丸子及1根牛肉粉腸，當日攝取總熱量增加至1,580 kcal。</p> <p>5.個案表示營養補充配方喝久了很膩。故建議可將營養補充配方做變化，加入水果、堅果，以果汁機打成奶昔以增添風味，小兒子及個案表示返家後會嘗試。</p>

護理問題四：2/5預期性哀傷與預期自己即將死亡有關

主觀資料	1.2/2「人都會有這天，但想到還是會難過」。 2.2/3「孩子都大了，照理是沒什麼好牽掛的，但是就還是會擔心他們．．．哭泣」。 3.2/5「一想到先生在那邊等我去和他會合，心理就好過些，但又想到自己為什麼得到癌症這種折磨人的病，又睡也睡不好，乾脆早點死了才不會這樣痛苦」。 4.2/5女兒表示媽媽有話都藏在心理不說。
客觀資料	1.2/3個案頭髮略凌亂，神情較沉默黯然。 2.與個案會談中，曾數度哭泣哽咽。 3.觀察個案常若有所思，表情愁苦。個案行為表現正處於哀傷過程中的憂鬱期，情緒處於低落狀態，常眼眶含著淚水，久久不說話。
目標	1.2/14個案在指導下能運用因應技巧，協助自我渡過悲傷。 2.2/15個案在信仰導引下能表達哀傷想法及感受，並願意與兒女分擔哀傷情緒。
護理措施	1-1.每天20分鐘與個案會談，以接納和傾聽的態度，開放式問題來鼓勵個案宣洩情緒，哀傷的釋放。 1-2.鼓勵尋求信仰支持，以尋求力量的來源，建議三兒子常陪伴個案禱告，介紹本院禱告室位置。 2-1.建議兒女多陪伴，接受個案哭泣，鼓勵兒女和個案彼此說出心中感受。 2-2.建議兒女能與個案獨處，傳達善終之理念，強調因為大家太愛媽媽，所以要讓媽媽走，並說出對個案的關心與感謝。 2-3.鼓勵家人觀賞全家的相片，透過對於照片的記憶，分享過往生活中有趣的事件，除製造愉快的氣氛外，更藉此完成對於生命之回顧。
結果評值	1.2/6三兒子帶教會教友及牧師至病房一同讀聖經後，個案感到心靈較平靜。 2.2/8個案由三兒子陪同至禱告室禱告，流淚痛哭，表示：「雖然即將面臨死亡，但天父的家近了，能將肉身必需承受的病痛與重擔卸下。」，三兒子在個案落淚傷心時，運用肢體語言，輕拍個案肩膀。 3.2/10兒女帶來個案古老的照片，記錄個案人生中重要的時刻，包括個案羞澀少女時、結婚喜宴時、生下第一個小孩時、參加小兒子大學畢業典禮時、女兒結婚時、第一個孫子出生時等等，個案細細地回味生命旅程，觀察個案表情漸漸豐富，常有笑容。 4.2/13與小兒子獨處，個案主動表示：「現在信仰變成生活的重心，會依靠上帝、禱告來渡過這段時間，只希望能沒痛苦的走完一生便足夠。」 5.追蹤返家後居家生活情形，經由電訪得知個案能接受家中親有來訪。

討 論

本個案為68歲之胰臟癌末期老婦人，在住院期間面臨了疼痛、失眠、營養不均衡：少於身體需要、預期性哀傷等健康問題。在解決個案疼痛問題時，經由教導深呼吸放鬆技巧及轉移注意力之減壓技巧，配合疼痛藥物的給予後使個案之疼痛減輕，其結果與Bauer等(2006)

所提之減輕疼痛方法相吻合；在解決個案失眠問題時，經給予背部按摩、音樂治療等護理措施後得以增進睡眠時數改善睡眠品質及增加白天活動量，此結果與文獻(Irwin, Cole, & Nicassio, 2006; Zhou et al., 2006; Montgomery & Shepard, 2010)中所提之照護原則是一致的；在解決個案營養少於身體需要之問題時，經給予家屬及外傭正確之準備餐點的知識，使個案在協助下得以增加每日攝入量，其結

果與文獻(Bauer et al., 2006)所提之癌症病人的營養護理原則相符合；在解決個案哀傷問題時，經病人既有的支持系統及宗教信仰，幫助病人面對疾病，完成生命的回顧，與Lobb、Clayton與 Price(2006)所提之減輕焦慮之方法相吻合。

結 論

筆者在此次的護理經驗裡，充滿了挑戰，但也欣慰對個案之關懷與持續性的照顧，終於有圓滿的結局。筆者同時深深瞭解到要真正解決個案的健康問題，首先必須扮演一個好的傾聽者，並與主治醫師溝通先暫時妥善控制個案身體上的不適，以建立起信任的治療性人際關係，使個案能說出心理感受，再提供充分的衛教，方能讓家屬及外傭瞭解如何照顧個案，進而提升他們照顧個案的能力。然而住院期間因個案與兒子居住，在短期內無法給予其他兒女衛教指導，此為本文之最大限制。另一方面，筆者也體認到，在給予專業的護理指導外，鼓勵癌症病人能保有堅定的信仰，相信能減少因預期死亡即將來臨衍生出的哀傷之心理情緒問題，故建議日後在照顧此類病人時，需著重於病人及照顧者之指導與衛教，相信對病人的幫助更大。而個案出院後之後續治療如每日返院接受光子刀放射線治療所帶來之自我照顧需求，乃其後續照顧計畫之重點。

參考資料

王俐絮、陳威宇、張書展、黃安年、洪榮駿、王瑞霞(2011)·消化道末期癌症病患居家主要照顧者之照顧負荷與其相關性因素探討·*護理雜誌*，58(6)，54-64。

行政院衛生署(2010，12月14日)·九十八年死因統計結果分析·2010年11月20日取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?checkBoard=1class_no=440

趙可式(1999)·*安寧歸去-如何面對生命終點*·臺北：安寧基金會。

蔡麗雲、賴允亮(2008)·緒論·於顧乃平、蔡麗雲、賴允亮總校閱，*安寧緩和護理學*(二版，3-22頁)·臺中：華格納。

Bauer, J. D., Ash, S., Davidson, W. L., Hill, J. M., Brown, T., Isenring, E. A. & Reeves, M. (2006). Evidence based practice guidelines for the nutritional management of cancer cachexia. *Nutrition & Dietetics*, 63, S3-S32.

Doyle, C., Kushi, L. H., Byers, T., Courneya, K. S., Demark-Wahnefried, W., Grant, B., ... Andrews, K. S. (2006). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: An American cancer society guide for informed choices. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56(6), 323-353.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.

Lobb, E. A., Clayton, J. M., & Price, M. A. (2006). Suffering, loss and grief in palliative care. *Reprinted from Australian Family Physician*, 35(10), 772-775.

Kitahara, M., Kojima, K. K., & Ohmura, A. (2006). Efficacy of interdisciplinary treatment for chronic nonmalignant pain patients in Japan. *Clinical Journal of Pain*, 22(7), 647-655.

Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology*, 25, 3-14.

Mock, V., Abernethy, A. P., Atkinson, A.,

- Barsevick, A. M., Berger, A. M., Cella, D.,...Escalante, C. P. (2007). Cancer-related fatigue. Clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(10), 1054-1078.
- Montgomery, P., & Shepard, L. D. (2010). Insomnia in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20, 205-218.
- National Cancer Institute. (2010, July). *What you need to know about cancer of the pancreas*. Retried November 18, 2010, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/pancreas>
- Neoptolemos, J. P., Urrutia, R., Abbruzzese, J. L., & B chler, M. W. (2010). Palliative management of pancreatic cancer. In Javle, M. & Fisch, M. (Series Ed.). *Pancreatic cancer:vol. 3. establishing goals of care* (pp. 816-819).
- Zhou, Y. F., Wei, Y. L., Zhang, P. L., Gao, S., Ning, G. L., Zhang, Z. Q., ... Liu, W. J. (2006). Multi-central controlled study on three part massage therapy for treatment of insomnia of deficiency of both the heart an spleen. *Zhongguo Zhen Jiu*, 26(6). 385-388.

靜
思
語

教法不必聽太多，
若能身體力行，簡單的一句，
就能啟發真正的善根。

~ 證嚴法師靜思語 ~

There is no need to learn many teachings.
If we can put one simple verse into practice,
we can awaken our true nature of goodness.

~ Master Cheng Yen ~



A Nursing Experience of a Terminal Pancreatic Cancer Patient

Wen-Pei Chang, Su-Chen Huang*

ABSTRACT

This article described the hospice nursing experience of a terminal pancreatic cancer patient. The nursing period lasted from 31st January to 16th February 2010. Data were collected through interview, communication, observation and physical assessment, and Roy adaptation model was applied as nursing assessment framework. As result, the following major health issues were identified: Pain, insomnia, imbalanced nutrition: less than body requirements, and anticipatory grieving. During the nursing period, we had taught the primary caregiver and patient techniques to reduce the patient's pain, including massage and breath relaxation; when combined with the pain control medications, the pain index reduced to 3 from 9. With the help of back massage by the caregiver before sleep, bible reading and meditation to facilitate sleeping, and centralized nursing care after asleep to reduce sleep disruption, the patient's sleeping problem improved significantly. We also had family meetings to discuss the diet selection to improve the patient's appetite, and as result, the patient ingested more proteins and calories. To calm the patient's fear of coming death and attachments to her children, we utilized empathy and encouraged the patient to pray with her family according to her religion to endure the grief, and assisted the patient to complete her life review. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:2, 70-80)

Keywords: anticipatory grief, hospice care, insomnia, nursing care, terminal

Supervisor, Taipei Medical University- Shuang Ho Hospital, Ministry of Health and Welfare; Deputy Superintendent of Nursing, Ten Chen Medical Group Ten Chan General Hospital*

Accepted: January 3, 2013

Address correspondence to: Su-Chen Huang No.155, Yanping Rd., Zhongli City, Taoyuan County 320, Taiwan (R.O.C.)

Tel: 886-3-4629292 ext. 22892 ; E-mail: jen@tcmg.com.tw