

一位臨終新生兒之照護經驗

李佳玲 范惠珍* 康詩芳

中文摘要

本文係探討一位臨終新生兒與家庭，因文化差異而面臨簽署不施行心肺復甦術之衝突，及面臨死亡的照護經驗。筆者照護期間為2011年10月09日至2011年11月29日，經生理及家庭評估發現主要護理問題有：氣體交換功能障礙、哀傷、家庭運作過程改變。在個案生命末期階段，給予生理、靈性照護外，也協助案父母增進其親子關係，藉由陪伴、傾聽其表達內心感受，協助家庭走出低潮，藉此經驗能正視臨終照護與家屬哀傷問題。(志為護理，2014; 13:4, 81-89)

關鍵詞：新生兒、哀傷、臨終照護

前言

當面臨孩子死亡，對父母而言將帶來莫大的失落與哀傷，然而，殊異的文化發展，使成人對兒童死亡的哀慟經驗與喪禮儀式亦有不同，當外籍母親面臨孩子過世，護理人員應了解不同文化的哀傷反應與喪葬儀式，方能掌握到他們身處於臺灣社會文化脈絡下的需求，以利發展出文化適切的喪親照護(葉、黃，2008)。當疾病無法治癒時，照顧內容應由治癒轉為照護，盡力去滿足病人

身、心、靈、社會各層面的需要(王，2010)。在醫療照護團隊中對於新生兒臨終階段應緩解不舒服的症狀，及提供以家庭為中心的照護，並增進親子間依附關係及協助家屬面對分離與失落，期望藉此護理經驗，能幫助更多家庭走出喪子的陰霾，度過悲傷。

文獻查證

一、新生兒臨終照護

根據安寧緩和醫療條例第3條，是指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部護理師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部護理長*

接受刊載：2014年3月13日

通訊作者地址：康詩芳 807高雄市三民區自由一路100號5A1

電話：886-7-3121101 #6522 電子信箱：960177@mail.kmuh.org.tw

解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術。而其第7條是指不施行心肺復甦術，未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。不施行心肺復甦術(Do-Not-Resuscitate, DNR)本身為一項複雜的決策過程，在這過程當中，家屬的期望、病人疾病、醫護人員都扮演重要角色(張、張，2009)。當醫療的介入無法再提供新生兒最大的利益時，對於是否中止無效治療，醫療團隊不應做主導性決定，應提供父母有關孩子明確的診斷、預後，由家屬做最後決策(Willams, Munson & Zupancic, 2008)。

陳、毛(2009)指出照顧臨終嬰兒時，護理人員可將嬰兒放置父母的懷中，將身上醫療設備的警示予以靜音，提供一些重要的生理變化讓父母注意及了解，可預做心理準備；包括可能出現喘息式呼吸、膚色改變、和身體活動。Longden和Mayer(2007)指出最好能安排父母在舒適安靜的環境中和嬰兒獨處，但醫護人員必須定時進入查看是否須要協助。當嬰兒死亡後則協助父母處理喪葬相關事宜，提供相關訊息，如醫護人員能具備有關死亡的文化和宗教習俗的知能，對臨床實務的處置是有很大助益的(陳、毛，2009)。

二、宗教對生死的看法

生死是敏感且嚴肅的話題，牽涉其中的不單單只有個人對其生命的體認與感知，更牽扯到諸如民族傳統、倫理道德、文化背景、甚至各宗教教義等的衝擊，如：回教徒對於死亡的觀念是「生命的期限是上帝規定的，所以死亡是歸

依於上帝的意旨，它的到來，也必須經過上帝的允許。」(鄭，2008)。因此，醫護人員在與家屬溝通DNR過程中，必須考慮各種不同社會文化對DNR造成的影響，不論宗教文化，父母是不可以替兒童生死做決定，必須有醫護人員的陪同，對醫療決策取得共識後，才可進行(張、張，2009)。

三、新生兒之父母的哀傷與護理

哀傷是立即反應，可能會出現哭泣、憂鬱、無法接受事實等(洪、吳，2009)。在哀傷的過程中，情緒的表達是治療哀傷的最好方法(Hunt, Andrew & Weitz, 2007)。往往在決策過程中，對家屬而言，是莫大的壓力源，這樣的衝擊將會引發悲傷，依據Rando(1986)將悲傷分為三階段：(1)逃避：會有震驚、否認(2)對抗：出現焦慮、罪惡感及沮喪(3)重新建立：悲傷反應逐漸減少。因此，醫護人員應該以開放的溝通去面對處於困惑、無助中的父母，談論有關新生兒的任何情況與處置，協助父母接受新生命死亡的事實，減輕父母的自責，給予全程的陪伴，尊重父母的信仰，允許放置宗教象徵物，以減輕罪惡感及遺憾，提供安寧室使父母不再感受到孤獨與無措，提供父母有關於孩子的紀念物，如臍帶、腳印、手圈都可以作為父母與新生兒聯繫的紀念物(江、李、王、唐，2007)。另外也可利用電話關懷，及提供父母周產期喪子支持團體的接觸細節，使父母能與他人連結，分擔彼此的痛苦經驗，協助父母找尋可以抒發的管道。希望能幫助面臨已逝孩子的

父母走過悲傷的歷程，而專業醫護人員也需增加有關周產期死亡及悲傷輔導相關教育訓練，以敏銳的觀察力，提供符合家屬的情緒需要，提供完善的照護，護理品質得以提昇(劉，2007)。

個案簡介

個案王小妹，妊娠週數39週，家中為大家庭(圖一)，母親39歲，G3P1A2，此胎為案母第一胎，懷孕期間在某婦產科診所產檢，於懷孕末期發現B群鏈球菌為陽性，予口服抗生素治療，於2011年10月9日經由陰道生產娩出，出生體重3,350公克，出生後Apgar score第一分鐘為3分，第五分鐘為6分，出生後因活動力軟弱，血氧濃度不佳，醫師予插入氣管內管，急救後由轉診小組接回本院新生兒加護病房照護。

住院治療經過

個案住院期間氣管內管呼吸器使用，無活動力，入院抽血檢驗報告發現血中巨細胞病毒的數值有偏高，診斷為疑似

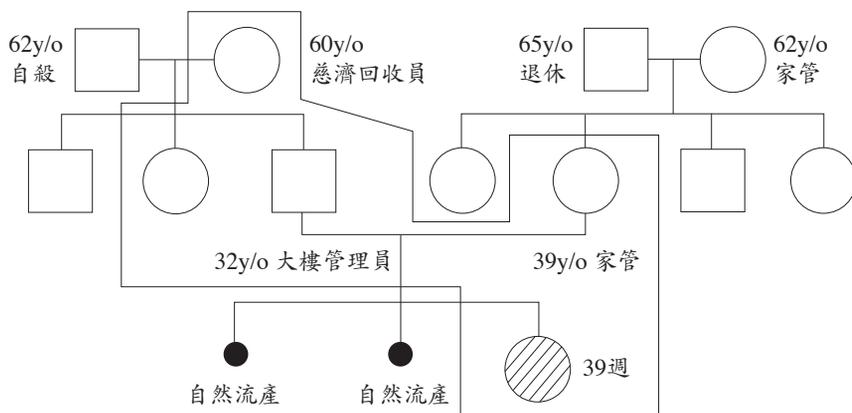
先天性感染，於10月10日因心室顫動給予心臟電擊2次，昏迷指數為3分，出生第3天腦部超音波發現雙側腦室水腫的情形，日後持續追蹤，發現雙側腦室白質軟化、腦萎縮。之後因個案病程進展日趨惡化，期間醫師與家屬開3次家庭會議討論個案病情，詳細解說病情發展不樂觀，案父最後在11月26日簽署不施行心肺復甦術意願書(不心臟電擊、不體外心臟按摩、不給急救藥物注射)。11月29日因病情惡化，於早上10點01分因心臟及呼吸衰竭於新生兒加護病房死亡。

護理評估

護理期間為2011年10月09日至11月29日，採直接護理、觀察及家屬會談等方式，進行評估、收集資料，評估身體及心理、家庭層面其結果如下：

一、系統性身體評估

(一)外觀：皮膚呈蒼白，無自主性活動力，關節僵硬，四肢肌肉力量為1-2分，四肢矯正支架穿戴。



圖一 家庭樹

(二)呼吸系統：入院時已插入氣管內管，使用協調式間性強制呼吸器；SIMV模式)，靜脈血液氣體值為PH:7.24、PVC0₂:66mmHg、PVO₂:39.1mmHg、HCO₃:21.6mmol/L，多依賴呼吸器。雙肺有濕囉音，痰液呈黃白色黏稠狀，量約抽痰管壁5-10公分，血氧飽和度能維持在90%以上，四肢末梢微血管填充速度 \leq 3秒，無發紺或使用呼吸輔助肌，10月10日胸部X光報告為一度呼吸窘迫，因此，經評估個案有氣體交換功能障礙之護理問題。

(三)循環系統：10月13日心臟超音波檢查為正常。心跳速率約120-160次/分，是正常竇性心律，無心雜音。

(四)消化系統：腹部呈圓鼓狀，觸診柔軟，鼻胃管留置中，每3小時由鼻胃管餵食母乳或配方奶65毫升，消化情形可，腸蠕動音四個象限約3-5次/分，一天解黃軟便約2-3次，11月12日其營養經由體外靜脈輸注及腸胃道供給，總攝取熱量為106 Kcal/kg/day，可維持身體所需。

(五)泌尿、生殖系統：生殖器外觀正常，可自解黃色清澈尿，無分泌物，無疝氣，尿液排出量維持在每小時每公斤為2-4ml。

(六)神經反射及骨骼運動系統：10月10日昏迷指數為3分，無自主性活動，10月11日腦部超音波檢查報告發現雙側腦室水腫，日後持續追蹤，發現雙側腦室白質軟化、腦萎縮，四肢肌肉力量為1-2分。

二、社會家庭評估

案父32歲，是大樓管理員，案母39歲，為家管，家中經濟狀況不佳，是三代同堂之家庭，案母為印尼籍，來臺灣4年，能以中文溝通。案祖母與案父為虔誠佛教徒，案母則信仰回教，來臺工作時與案父交往後結婚，案母於結婚後才得知案父有吸毒行為，一開始無法接受，直到案母生產後案父才慢慢戒掉毒癮。剛入院時，案父處於逃避階段只敢站在遠處探視個案並流淚；案母顯哀傷，泣訴：「妳是媽媽的心肝寶貝，要趕快好起來！」。住院期間大部份由案父母及案祖母前來探視，也會共同參與個案治療計劃，主要決策者是案父。個案因疑似先天性感感染，讓婆婆因此事譴責案母，認為是案母身體不乾淨才會造成個案這樣，故案母與婆婆經常發生爭執。案母產後情緒不穩定，經常失眠，見到個案時會一直哭泣，案父則因吸毒導致精神上問題，情緒起伏大，之後因個案病程進展日趨惡化，醫療團隊與家屬討論到DNR內容時，案父及祖母認為簽署DNR是對病兒最好的處置，不用再受身體苦痛，可以在死後回到佛祖身邊，受神明照料，但是案母認為只有天上的神才可以決定生命的期限，所以因宗教理念不同而引發衝突，案父也曾為此事以死相逼案母簽下同意書，因此，經評估個案父母有哀傷及家庭運作過程改變之護理問題。

問題確立及護理措施

經由上述護理評估中確立個案有三個主要健康問題：一.氣體交換功能障礙、二.哀傷、三.家庭運作過程改變

問題一：氣體交換功能障礙/與換氣/灌流不平衡有關(2011年10月09日-11月29日)

主客觀資料	<p>1.10/9雙側肺部濕囉音，痰液呈黃白色黏稠狀，量約抽痰管壁5-10公分。</p> <p>2.10/9氣管內管留置，使用協調式間性強制呼吸器；SIMV模式)，靜脈血液氣體值為PH:7.24、PVC02:66mmHg、PVO2:39.1mmHg、HCO3:21.6mmol/L。</p> <p>3.10/9病兒膚色呈蒼白，四肢末梢微血管填充速度\leq3秒，無發紺。</p> <p>4.10/10胸部X光報告為一度呼吸窘迫。</p>
護理目標	<p>1.呼吸器使用期間，呼吸速率可維持在30-60次/分，血氧濃度能維持在90%以上，並維持適當氧氣供應及肺泡換氣，能降低血碳酸值45%以下。</p>
護理措施	<p>1.維持適當擺位，促進呼吸道通暢，如肩下墊小毛巾使肩頸呈微伸展狀。</p> <p>2.維持呼吸道清潔，每2個小時或需要時給予口鼻抽吸，於抽痰前胸腔物理治療，抽痰後監測痰液量及性質。</p> <p>3.持續性監測並記錄生命徵象、血氧飽和濃度及觀察膚色之變化，必要時監測血液氣體分析。</p> <p>4.每2小時評估呼吸的速率、深度，呼吸音，並注意胸部的活動，是否對稱，是否使用呼吸輔助肌，或有呼吸困難情形。</p> <p>5.維持呼吸器功能良好，注意呼吸器面板數值是否正確，維持管路通暢。</p> <p>6.採集中護理方式以減少耗氧量。</p> <p>7.觀察並紀錄胸部X光檢查結果。</p>
護理評值	<p>1.10/15-10/20膚色蒼白，生命徵象穩定，多依賴呼吸器，痰液呈黃白色黏稠狀，量約抽痰管壁5-10公分，雙肺呈濕囉音。</p> <p>2.10/29胸部X光顯示右上肺葉塌陷改善，移除氣管內管改鼻導管正壓呼吸器使用。</p> <p>3.11/14有呼吸費力及胸肋凹，血氧濃度下降至80%-85%，胸部X光報告顯示肺部兩側呈現塌陷影像，故立即插入氣管內管，使用呼吸器輔助，靜脈血液氣體分析值:PH:7.481、PVO2:51mmHg、PVC02:52mmHg、HCO3:37.9mmol/L。</p> <p>4.11/29因病情危急死亡，故無法續評。</p>

問題二：哀傷/父母意識到個案即將死亡有關(2011年10月09日-11月29日)

主客觀資料	<p>1.10/9案父處於逃避階段只敢站在遠處探視個案，不敢觸摸怕傷害個案。</p> <p>2.10/12案母觸摸個案時泣訴:「妳是媽媽的心肝寶貝，要趕快好起來!」。</p> <p>3.11/16案母:「為什麼大家都不要寶寶，為什麼要放棄不救她，若她走了，我也不要我的老公了。」</p> <p>4.11/17案父母表示晚上常睡不著，想到就覺得難過。</p> <p>5.11/20案父表示:「我晚上11點下班，可以通融10分鐘讓我看我的女兒、陪陪她?」</p>
護理目標	<p>1.10/16前家屬能說出心裡擔心、焦慮的事。</p> <p>2.10/30前家屬在指導後能夠與個案有正向的互動行為，如按摩。</p> <p>3.11/26前家屬能表達面對個案死亡的想法與感受。</p>
護理措施	<p>1.會客時間主動向家屬說明個案近況，減輕焦慮，以建立互信的治療性人際關係，並鼓勵家屬使用乳液按摩個案，鼓勵母親持續收集母乳，以減輕對個案罪惡感。</p> <p>2.會客時運用開放性的溝通技巧，採傾聽，不批判的態度，運用同理心給予支持及陪伴。</p> <p>3.提供父母一個隱蔽的環境與個案相處，增進親子間連結並解說個案目前行為反應，給予正向刺激，撫摸個案，使個案感受關懷及安全感，同時讓父母親了解親子關係的重要性。</p> <p>4.機動性調整會客時間以配合案父上班的時間。</p> <p>5.鼓勵案父母提供一些衣服、玩具、音樂給個案，為個案拍照作為紀念。</p> <p>6.提供家屬支持團體運用(如：宗教信仰)。</p>

護理措施	<p>7.依病情發展召開病情說明會，在與家屬溝通DNR的過程中，須考慮不同社會文化的背景，來進行協調。</p> <p>8.漸進讓父母知道及了解瀕死的生理變化，可預做心理準備；包括可能出現喘息式呼吸、膚色改變、和身體活動。</p> <p>9.當臨終時保留有關個案的紀念物，如照片、腳印、手圈、臍帶作為日後回憶，並提供隱私且舒適安靜的環境，讓家屬可與個案獨處，但醫護人員必須定時進入看是否須要協助，儘量降低周圍干擾的聲音。</p> <p>10.當個案死亡後則協助家屬處理喪葬相關事宜及追蹤返家後之情緒反應，給予關懷與支持。</p>
護理評值	<p>1.10/11-10/15家屬來院探視個案時，眼神充滿不捨和擔憂。</p> <p>2.10/16家屬能說出心裡擔心、焦慮的事。</p> <p>3.10/20案母會客時帶著哀傷與自責神情，案父給予安慰，並幫個案按摩。</p> <p>4.10/30案父母前來探視並帶母乳，可為個案擦拭乳液，互動良好，會與個案對話，對個案的小動作會感到驚喜。</p> <p>5.11/10案母會在耳朵旁念印尼話的誦經給個案聽。</p> <p>6.11/15病情說明會，討論到簽署DNR時，家屬非常哀傷及哭泣，不捨病兒即將離去。</p> <p>7.11/18案母將所挑選的玩具置於床旁，並挑選帽子及衣服給個案穿戴。慈濟團體及印尼協會友人也一同前來，並給予家屬慰問，幫病兒祈禱，父母均有感動而流淚。</p> <p>8.11/26案母：「我們協議好要簽同意書了，我知道她現在情況很不好，會把握時間跟她相處」，案父：「我希望她可以沒有痛苦的離開!回到佛祖的身旁去」。</p> <p>9.11/29個案死亡時，家屬前來辦理手續，協助家屬幫忙個案換上案父母準備的衣物，案母泣訴：「她已經去當小天使，不用再受苦了!」，並抱著個案及為她誦經，案父也有哭泣但在旁安慰案母，案祖母也哀傷並看著病兒為她唸佛經。當將送往生室時，案父：「我可以抱著她下去嗎?」「妹妹，病都好了!要跟我們要回家了!」，案母將護理人員收集的個案腳印、照片、手圈、臍帶等紀念品，緊抱於胸中，一起前去往生室。</p>

問題三：家庭運作過程改變/與個案住院及病情進展有關(2011年10月20日-11月29日)

主客觀資料	<p>1.10/20案母：「婆婆認為都是我害寶寶的，認為是我身體不乾淨才會這樣，聽了真的很難過，沒人了解我的感受」。</p> <p>2.11/16案母與家人對於是否簽署DNR過程無法達成一致的決定，案父決定要簽但案母不要，案父以死相逼案母答應，由案祖母出面勸說後，目前案父母處於冷戰。</p> <p>3.11/17案母：「我跟婆婆吵架了，不想回家，我可不可住在休息室」。</p> <p>4.案祖母與案父為佛教徒，案母則信仰回教，因宗教理念不同，對於討論到DNR內容時，而引發衝突。</p> <p>5.家中經濟來源為案父，經濟狀況不佳。</p>
護理目標	<p>1.11/1前家屬能表達出內心感受，並能來探視或主動以電話訊問關心個案病況。</p> <p>2.11/20前家屬能瞭解病兒病況及病情可能發展，能接受病情惡化，能發展共同的觀念，決定個案一致性治療方式。</p>
護理措施	<p>1.建立良好護病關係，對於家屬的抱怨及無奈情緒，採不批判、接納態度，提供情緒支持，並從旁協助排解案祖母對於案母的抱怨。</p> <p>2.每次會客時主動接觸，以親切態度告知案父母個案病情與進展情況，並關心案母身體及心理狀況，引導案母表達對個案病情想法，採傾聽及支持態度。</p> <p>3.用家屬可理解的詞句解釋身上管路的目的及介紹床旁監視器訊息所代表的意義，以了解病情。</p> <p>4.協助家庭成員確認有效的支持系統，例如：印尼友人向案母說明不施行心肺復甦術的意義及時機，使其能在無助時適時的尋求協助，並應用其他相似個案經驗分享，與家屬彼此討論，以提高做決定的能力。</p>

護理措施	<p>5.安排召開家庭會議討論個案病情，於會客時協同主治醫師、個管師解釋個案病情、預後、及治療方向，讓家屬清楚相關照護資訊。</p> <p>6.安排溝通與討論讓雙方了解彼此對DNR的看法，澄清誤會，必要時進行協調與溝通，讓家屬能對於是否放棄積極治療取得共識。</p> <p>7.以支持的態度，尊重家屬最後所做的決定，護理人員可利用電話關懷。</p> <p>8.提供父母周產期喪子支持團體的接觸細節，使父母能與他人連結，分享彼此的痛苦經驗，協助父母找尋可以抒發的管路。</p> <p>9.提供宗教寄託，藉以舒解不安情緒。</p> <p>10.照會社工，以提供相關經濟補助。</p>
護理評估	<p>1.10/21會客時案母與案祖母一同前來，但互動平淡。</p> <p>2.10/28案母於會客時間訴說自己心中的抱怨及無奈，案祖母也表示自己不該怪罪案母，一切都是命運的安排，只能去接受，當日社工師已提供申請經濟補助之資料予家屬。</p> <p>3.11/1案父母能說出內心感受及壓力，並能到院探視個案，幫病兒換尿布、按摩，或主動以電話詢問關心個案病況。</p> <p>4.11/15病情說明會，討論到DNR內容時，家屬非常哀傷及哭泣，不捨病兒即將離去。案父傾向簽署DNR，案母：「為什麼要放棄不救她!若寶寶走了，我也不要我的老公了!」。</p> <p>5.11/16案母表示無法與案父溝通才會發生爭執，進一步了解到是因雙方對簽署DNR的認知不同所導致爭吵。會客時案父與案母互動不多，但案母會幫個案按摩及復健運動。</p> <p>6.11/17案母表示仍無法簽署不施行心肺復甦術，覺得自己很殘忍為什麼要放棄她，案母：「我跟婆婆吵架了，不想回家，我可不可以住在休息室」，提供家屬休息室，讓案母休息，並聯絡案父前來關心案母情況，當晚案母有隨同案父一起回家。</p> <p>7.11/18案母印尼友人、印尼協會及宗教團體前來關心個案及案父母，並給予心靈上的慰藉，並一起幫個案祝福。</p> <p>8.11/26召開家庭會議針對個案預後及目前病情做討論，因個案經過治療及急救後，目前病況仍不樂觀，在醫生解說後，已達成協議放棄積極治療並簽署DNR。家屬明確的了解不施行心肺復甦術的意義，並透過引導、相互表達彼此感受。案母能與筆者討論放棄治療前後醫療處理方法上的不同。案父：「她可以好好的離開，沒有痛苦就好!佛祖會照顧她!」。</p> <p>9.11/28家屬可分享心中想法，隨病情發展，感覺到病兒隨時會離開，會一起在床旁跟病兒說話，案父：「你是我們的小菩薩!佛祖會照顧妳!」。</p> <p>10.11/29個案死亡當天，家屬雖然哀傷，但可互相扶持，共同為逝去的寶寶祝福!</p>

討論與結論

本文分享一位臨終新生兒之照護經驗，在面臨喪子的過程中，對家庭會造成巨大衝擊，當家屬面臨危機時，支持系統愈完整，所受的創傷也會降低，護理人員若能主動提供訊息與支持，協助家屬解決面臨到的問題，使家庭運作的穩定得以重新建立。

筆者藉由會客時主動自我介紹及說明個案目前各項護理措施，在瀕死階段協助父母，處理悲傷情緒，使父母能感受到個案生命的最後階段仍具有意義，運

用同理心，適當協助和情緒上的支持，陪伴熬過這段艱辛的路程。在個案往生後1個月筆者電訪案母時，表示心情已有比較好，但偶爾想起寶寶時還是會難過，也表示目前與案父及案祖母的關係良好，並感謝筆者的關心。經由照顧此個案，筆者雖然無法控制個案病情的進展，但面對疾病所引發家屬的失落與哀傷，卻可經由護理措施的介入而改善。

護理人員除了重視急救加護的專業知識外，也應了解不同文化哀傷的反應，在執行新生兒臨終照護的過程，發現不同文化背景的觀念，在語言上的溝通、

表達，是在照護過程中一大限制。另外對於失去新生兒的家庭，單位個案管理師有後續追蹤與關懷，必能提供家庭更完整的照護及達到生死兩相安及善終的結果，期能藉由此照護經驗作為日後類似案例的參考以提供更好的照護品質。

參考資料

- 王英偉(2010) · 新安寧運動下的倫理思維 · *澄清醫護管理雜誌*，6(1)，4-11。
- 江巧琴、李絳桃、王昭慧、唐婉如(2007) · 母親經歷新生兒死亡的經驗與感受-質性回溯性研究 · *護理雜誌*，54(5)，48-55。
- 洪意華、吳淑蓉(2009) · 一位子宮內胎兒死亡之產婦面臨周產期失落歷程之照護經驗 · *高雄護理雜誌*，26(1)，76-90。
- 張育菁、張碧貞(2009) · 對新生兒加護病房執行DNR困境之建議 · *護理雜誌*，56(4)，94-98。
- 陳德人、毛家齡(2009) · 新生兒急救的倫理原則和臨終照護 · *台灣醫學*，13(5)，509-512。
- 葉筱俐、黃美智(2008) · 一位越南籍母親喪子的哀慟經驗 · *慈濟護理雜誌*，7(4)，89-98。
- 劉秀美(2007) · 喪失早產兒的父母之悲傷及照護 · *護理雜誌*，54(5)，88-91。
- 鄭雲鵬(2008) · 由倫理與法律的角度探討安樂死的議題 · 未發表之博士論文，臺北市：國立臺北大學。
- Hunt, J., Andrew, G., & Weitz, P. (2007). Improving support for bereaved people within their communities. *Bereavement Care*, 26(2), 26-29.
- Longden, J.V., & Mayer, A. T. (2007). Family involvement in a paediatric intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 12(4), 181-187.
- Rando, T. A. (1986). The unique issue and impact of the death of a child. In T. A. Rando (Ed.), *Parental loss of a child* (pp.5-43). Champaign, IL: Research Press.
- Williams, C., Munson, D., & Zupancic, J. (2008). Supporting bereaved parents: Practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal-end-of-life care. *A North American perspective. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 13, 335-340.

靜
思
語

聽到好話要感恩，聽到壞話要善解。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Appreciate a compliment,
and face unkind words with understanding.

~ Master Cheng Yen ~

A Nursing Experience of an End of Life Care in Neonate

Chia-Ling Lee, Hui-Chen Fan*, Shih-Fang Kang

ABSTRACT

This article discussed the nursing experience of an end-of-life in neonate, while helping the family to overcome cultural differences and conflicts when making the do-not-resuscitate decision. The nursing period was between October 9th and November 2nd, 2011. The author used physical and family assessment and identified the following problems: impaired gas exchange, grief, family process altered. We helped the family to build a tight parent-child relationship by offering them companionship, listening to their feelings and answering their concerns. With physical and spiritual supports, the family was able to recover from the low ebb of the end-of-life situation. This case report stresses the important nursing skills in end-of-life care and family grief management. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:4, 81-89)

Keywords: end-of-life care, grief, neonate,

RN, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan; Head Nurse, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan*

Accepted: March 13, 2014

Address correspondence to: Shih-Fang Kang No.100, Tzyou 1st Road Kaohsiung 807, Taiwan

Tel: 886-7-3121101 #6522; E-mail: 960177@ mail.kmuh.org.tw