

一位肝癌手術後個案無望感之 加護經驗

陳佳倩

中文摘要

本文描述一位肝癌個案行肝切除手術後面臨身、心衝擊之照護經驗。護理期間為2014年1月10日至1月16日，運用羅氏適應理論為評估架構，藉由直接照顧、觀察、會談及身體評估等方式收集資料，分析並歸納出個案有急性疼痛、潛在危險性感染、睡眠形態紊亂及無望感等健康問題。護理過程中藉由陪伴與傾聽，建立信任的護病關係，運用數字量表評估疼痛指數，鼓勵個案表達對疼痛感受，提供合宜的照護及減輕疼痛方法；執行護理治療採集中護理，給予耳罩及眼罩減少外在刺激，提供舒適的環境；並以同理心面對個案的低落情緒，給予正面能量，協助度過無望感之危機，使其適應疾病造成的生活改變。(志為護理，2017; 16:3, 95-105)

關鍵詞：肝癌、急性疼痛、無望感

前言

根據衛生福利部(2014)統計資料顯示，肝癌高居十大癌症死因第二位，且是男性癌症死因別的第一位，每十萬人口發生率男性約26人，每年約有7千名患者死於肝癌，其威脅國人健康甚鉅(林、高，2009)。肝癌初期症狀不明顯，當出現明顯症狀時常已經是癌症晚

期(Sun & Sarna, 2008)。治療過程中急性疼痛是術後常見生理問題，容易造成情緒不穩定及影響睡眠等；在心理方面容易產生挫折感及失望負面情緒。護理人員若能儘早發現問題，並依其個別需求提供適切的策略，可預防沮喪及無望感的發生，使之正向積極的面對未來人生。

本文個案為罹患肝癌之61歲男性，

衛生福利部嘉義醫院護理師

接受刊載：2016年3月23日

通訊作者地址：陳佳倩 嘉義市西區北港路312號

電話：886-975-030-689 電子信箱：qianjia1114@gmail.com

因手術後入住加護病房，個案除了面對患病生活模式的改變及未來的不確定感造成的種種壓力，以致對生活失去信心產生無望感，故引發筆者深入探討之動機。希望給予個別性和適切的護理處置，引導個案勇於面對患病後的生活，並用積極態度來因應疾病的進展。

文獻查證

一、肝癌的相關概念

肝癌的危險因子包括B型及C型肝炎病毒、肝硬化、喝酒、黃麴毒素和男性等(林、高，2009)。肝癌早期症狀不易察覺，一旦出現明顯症狀如：疲倦、食慾不振、右上腹部疼痛及體重減輕時，常已經是癌症末期(Sun & Sarna, 2008)。目前治療方式包括手術切除、肝臟移植、局部灼燒術、肝動脈栓塞及放射性栓塞治療等(劉、蔡、陳，2013)。

二、肝癌手術後生理問題和照護重點

手術後常見的感染途徑包括傷口、侵入性管路及泌尿道等，在照護過程中，如何預防感染是非常重要的話題，其原則包括監測白血球數目，傷口以無菌方式換藥，並監測傷口感染及出血、引流液性狀等(任、陳，2008；呂、陳，2014)。

病人將手術後疼痛列為最擔心的事，在疼痛的第一時間病人主訴是最真實的指標(明、洪；2011)。當疼痛未獲得良好控制，會導致生心理無法平衡，不僅影響睡眠，更會造成病人不安及焦慮，影響整個身心功能，護理人員應具

體評估疼痛程度，依病人需求給予合適處置，藥物治療包括病人自控式止痛劑(patient controlled analgesia)、鴉片類止痛藥；非藥物治療包括深呼吸放鬆技巧、按摩、利用枕頭調整病人姿勢、聽音樂轉移注意力，提供舒適環境，尊重病人表達自我感受，主動傾聽適時給予關懷，皆可有效減緩疼痛，促進舒適(陳、曾、陳，2011；黃、郭、王、張、周，2012)。

睡眠剝削是急重症單位常見症狀，研究指出加護病房有70%癌症病人經歷過中重度睡眠障礙，導致睡眠剝削原因有環境因素，如光線、噪音及執行護理活動；心理因素，如緊張、焦慮及壓力。睡眠是病人恢復體力所需的重要能量，若在睡眠不足的惡性循環下，容易導致病人身心疲憊外，更會影響病情的進展，因此，找出影響睡眠原因，提供適當的護理措施，採集中護理，提供舒適環境，減少噪音，夜間燈光應適當給予調整，可依病人需求提供耳塞或眼罩，運用輔助療法改善睡眠，如肌肉放鬆技巧、治療性觸摸、音樂治療等，以增加其舒適度(Fontana & Pittiglio, 2010; Matthews & Pittiglio, 2011)。

三、肝癌手術後心理問題和照護重點

罹患癌症對病人來說是個漫長又艱辛的過程，除了要面對身體衰退的不適，承受疾病的病痛，心理與情緒調適外，還須面對一連串心理與心靈帶來的衝擊，如害怕、無助、焦慮、憂鬱等，這些皆容易造成無望感。蘇及陳(2009)提到無望感的定義特徵，包括對未來失

去希望、表現出負向的情緒、缺乏令人滿意的未來或遭遇到無能力解決的困難狀態，而產生負面的想法，失去信心與勇氣，就會產生無望感。病人面對陌生環境、複雜治療程序及疾病帶來不可預知情況下，鼓勵病人勇於表達對疾病及治療的感受，傾聽心理與心靈上困擾，在同意下進行肢體上接觸的關懷，分享自我促進良好護病關係，主動提供醫療諮詢，鼓勵家人運用親情適當給予支持陪伴，也可藉由癌症病友正向情緒分享，協助勇敢面對疾病，感受生命意義及自我價值(黃、王、宋，2012；葉、施、陳，2014)。

護理過程

一、個案簡介

林先生，61歲，小學畢業，信仰道教，慣用國、臺語溝通，已婚，育有二男一女，目前與案妻、大兒子同住，對8歲的孫子疼愛有加。從事保全人員現已退休，家庭經濟狀況小康，經濟來源

為兒女。住院期間案妻、大兒子皆會前來探視，與家人之間互動密切，家族樹如圖一。

二、過去病史及求醫過程

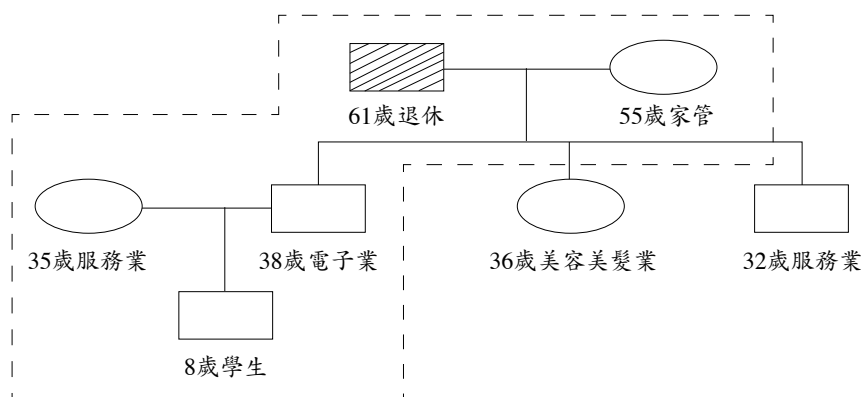
2000年發現自己是B型肝炎帶原者，未持續追蹤治療；2008年罹患高血壓，長期門診追蹤服藥控制。2014年1月3日做身體健康檢查時發現肝臟有陰影，疑似肝癌，經腹部電腦斷層掃描，發現肝右葉約2公分腫瘤，隨及進行切片檢查，診斷為肝惡性腫瘤。安排1月8日住院，1月10日行右肝葉切除手術，術後入住外科加護病房，1月16日轉一般外科病房，1月23日病情穩定出院。

三、護理評估

護理期間筆者運用羅氏適應模式為評估依據，收集個案生理、心理及社會層面資料，進行評估結果如下：

(一)生理層面

1. 氧合與循環：1月8日胸部X光檢查結果正常。1月10日行右肝葉切除



圖一 家族樹

手術，放置氣管內管，1月11日移除氣管內管，鼻導管氧氣3L/min使用。呼吸次數12-20次/分，呼吸平順，速率規則，雙側呼吸音清澈。指甲床顏色淡粉紅，四肢末梢皮膚溫暖且有彈性。脈搏72-93次/分，血壓134-152/68-77mmHg，評估此項為適應。

2.營養：身高165公分，體重70公斤，身體質量指數25.71kg/m²，屬於過重。標準體重59.5公斤，以哈理斯-班尼迪克公式計算出基本能量消耗(BEE)1,435kcal/天，病患攝取總熱量2,066kcal/天。入院前三餐規律，每餐約進食一碗白飯，偏好吃肉類食物，無過敏病史。1月10日至1月11日禁食期間，由靜脈注射葡萄糖水點滴2,400ml/天，1月12日由口進食開水，1月13日移除鼻胃管開始進食清流質飲食1,000kcal/天。嘴唇光滑顏色呈粉紅，口腔黏膜潮濕完整。1月11日白蛋白值為3.0 g/dl，評估此項為適應。

3.排泄：入院前排便正常，每天解一次黃軟便；排尿正常，尿液顏色淡黃。1月13日由口進食，兩天解一次少量黃稀便，腸蠕動5-9次/分。術後導尿管存，尿量2,000ml/天，色黃清澈無沉澱物，尿管拔除後，尿液自解順暢，無排尿困難或燒灼感情形，評估此項為適應。

4.活動與休息：入院前有規律運動的習慣，每天花半小時至公園散步。入院前睡眠時數約7-8小時/天，無睡眠障礙及服用安眠藥習慣。1月10日術後筆述：「我只要動一下，傷口就好痛，痛到睡不著！」，止痛劑demerol 50mg

Q6H PRN IM使用，觀察止痛劑使用30分後，可再入睡約1-2小時。1月11日白天協助翻身時口述：「聽到機器一直叫的聲音，也有聽到你們走動的聲音，其實我根本都沒有睡覺，一直想睡也睡不著！」、「你等一下可以幫我把頭上這盞燈關掉嗎？看暗暗的會不會比較容易睡得著！」。1月11日觀察夜間睡眠時數約1-2小時會中斷，每晚會醒來3-4次，容易被走動聲及機器聲響吵醒。1月12日觀察白天睡眠淺，部分時間都用棉被蓋住頭部，只要有人經過會馬上打開棉被睜開眼睛，精神顯得無精打采、注意力不集中、經常打哈欠、眼皮浮腫雙眼出現黑眼圈。1月12日會客時案妻前來探視，提及：「我可以現在去病房嗎？在這裡根本沒辦法好好睡覺！」，根據以上評估分析，顯示個案有睡眠型態紊亂之健康問題。

5.皮膚完整性：皮膚溫暖偏乾燥、無脫皮情形，飽滿度及彈性可。1月10日術後腹部傷口15公分，周圍皮膚無發紅，縫線處乾淨無分泌物；右腹部留置一條引流管，引流液呈淡粉紅色、清澈無雜質及異味，另氣管內管、鼻胃管、導尿管及中心靜脈導管留置。1月11日白血球值 $10.06 \times 10^3/\mu\text{l}$ 。協助換藥時，個案直視傷口表示：「開刀的傷口這麼長，還有引流管會不會發炎？」，根據以上評估分析，顯示個案有潛在危險性感染之健康問題。

6.感覺：個案視、聽、觸、味、嗅、溫度及壓覺皆正常。1月10日術後筆述：「傷口痛，快死掉了，可以打止痛藥嗎？」，觀察個案眉頭皺緊

表情痛苦，雙手緊握拳頭，額頭冒汗情形，且會拒絕翻身或執行任何日常活動，依十分量表評估疼痛指數為10分，疼痛性質為刺痛感，疼痛時間約10-20分鐘，疼痛時心跳由82次/分上升至118次/分，血壓由132/62mmHg上升至166/75mmHg，依醫囑給止痛劑demerol 50mg Q6H PRN IM，使用後30分疼痛指數可降至5分。1月11日自述：「你們幫我翻身時候，傷口真的痛到不行，感覺像被刀刺到一樣！」，協助翻身時個案手會按壓著肚子，表情凝重，發出呻吟聲，依十分量表評估疼痛指數為8分，根據以上評估分析，顯示個案有急性疼痛之健康問題。

7.體液與電解質：護理期間靜脈輸液滴注2,400ml/天，右腹引流管引流量約80-160ml/天，輸出入量為+390ml/天。四肢無水腫、口渴情形。1月12日體溫37°C，心跳82次/分，血壓142/62mmHg，抽血報告電解質皆為正常範圍，評估此項為適應。

(二)心理社會層面

1.自我概念：1月10日入住加護病房，初次接觸個案時大多閉眼休息並被動配合治療，1月11日案妻探視，主訴：「我看我是死路一條，癌症耶！我是要拿什麼跟它拚下去，我都已經60歲，棺材已經入一半的人了！」，觀察個案情緒低落，眼眶泛淚，不願意與醫療人員交談。1月12日口述：「我每天都規律運動，生活作息也很正常，沒想到還是得到癌症，人生真悲哀喔！想到這裡我覺得活著根本毫無意義了！」、「原本計畫退休後要幫忙帶孫子的，現

在都不用說了！」，低著頭提及：「我還能活多久？對人生完全無望阿！」。1月13日提及：「我努力工作大半輩子，好不容易退休可以享享清福，沒想到卻讓我得到這種沒救的病，我幾個朋友得到癌症，最後也都死掉，我是不是活不久了？可能很快就會死掉！」。在言談中個案頻頻搖頭、臉部無太多表情、雙眼泛紅、音量低沉，與個案談論病情時，毫無參與感，常搖手或閉眼拒絕討論病情，1月14日口述：「醫師有跟我解釋過早期開刀，存活機率很大的，也不知道我會不會是那個幸運的人，這輩子沒有想過要害人，不知道為什麼老天會選到我？」，根據以上評估分析，顯示個案有無望感之健康問題。

2.角色功能方式：依Erikson人類發展階段理論，個案屬於成年晚期，第一角色為61歲男性，第二角色為丈夫、父親、爺爺，第三角色為肝癌病人。1月15日會客時間案妻前來探視，案子表示：「爸，你要快點好起來，你孫子常問我阿公跑去哪裡了！」，提及：「我會好好配合治療，我也想要快點出院，你們放心！」，評估此項為適應。

3.相互依賴：認為生命中最有意義的人是案妻，從年輕一同奮鬥至今，與案妻感情良好。會客時間案妻及大兒子會前來探視，觀察個案與家屬互動良好，案妻積極主動詢問醫生個案目前病情進展及用藥情形，也會主動詢問護理人員個案有無任何需求，評估此項為適應。

問題確立，護理措施與評估

一、急性疼痛/與手術後腹部傷口有關(2014年1月10日~1月16日)

| | |
|--------------|--|
| <p>主客觀資料</p> | <p>第一層次評估 S1：1月10日「傷口痛，快死掉了，可以打止痛藥嗎？」 S2：1月11日「你們幫我翻身的時候，傷口真的痛到不行，感覺像被刀刺到一樣！」 O1：1月10日行右肝葉切除手術，腹部縫合傷口15公分。 O2：1月10日觀察個案眉頭皺緊表情痛苦，雙手緊握拳頭，額頭冒汗情形，且會拒絕翻身或執行任何日常活動，依十分量表評估疼痛指數為10分，疼痛性質為刺痛感，疼痛時間約10-20分鐘，疼痛時心跳由82次/分上升至118次/分，血壓由132/62mmHg上升至166/75mmHg。 O3：1月10日住院期間，止痛劑demerol 50mg Q6H PRN IM。 O4：1月11日協助翻身時個案手會按壓著肚子，表情凝重，發出呻吟聲，依十分量表評估疼痛指數為8分。 第二層次評估 主要刺激：手術後傷口疼痛。 相關刺激：執行護理活動及傷口換藥。 剩餘刺激：情緒影響及陌生環境。</p> |
| <p>護理目標</p> | <p>1.1月13日可主動說出疼痛的感受。 2.1月14日能執行緩解疼痛或轉移注意力的方法至少2種。 3.1月16日依十分數字等級量表評估疼痛指數可降至3分以下。</p> |
| <p>護理措施</p> | <p>1.與個案討論曾經有過的疼痛經驗與對疼痛的忍受程度。 2.鼓勵其說出對疼痛的感受，並與醫師討論提供緩解疼痛的方法。 3.使用疼痛十分量表評估疼痛指數，並記錄疼痛位置、性質及持續時間。 4.教導並協助減輕疼痛的方法，包括： (1)採舒適臥位，使用枕頭抬高雙下肢及側臥位時擺放於二腿之間。 (2)換藥時動作輕柔，緩慢變換姿勢，避免牽扯引流管。 (3)指導家屬按摩背部或四肢，降低肌肉緊繃感。 (4)放鬆技巧：疼痛時用鼻子深呼吸後，由嘴巴慢慢吐氣約5-10次/分。 (5)換藥前30分鐘給予止痛劑，並評估用藥成效。 5.播放個案喜愛的臺語歌曲，並與其談話轉移注意力。 6.依醫囑每6小時予止痛劑demerol 50mg IM，用藥30分後評估止痛藥效果。</p> |
| <p>評值</p> | <p>1.1月13日個案表示：「我是個很能忍痛的人，但是手術傷口痛起來，感覺就像快死掉一樣，是完全忍不住，你想想看!在我的肚子劃那麼長一刀耶!」 2.1月14日個案表示：「傷口痛時，會利用你教我的方法，像是深呼吸、聽音樂，這樣做就不會一直想到傷口痛的事情!」；會客時間個案主動要求案妻協助背部及肢體按摩，以減輕疼痛感。 3.1月15日傷口換藥前給予止痛劑使用，換藥時個案表示：「給止痛藥再來換藥傷口真的比較不痛，疼痛指數為4分。」 4.1月16日協助傷口換藥時，個案表示：「今天傷口好像有比較不會那麼痛了，疼痛的分數大概是2分左右。」</p> |

二、潛在危險性感染/與手術、侵入性管路留置有關(2014年1月10日~1月16日)

| | |
|-------|---|
| 主客觀資料 | <p>第一層次評估</p> <p>S1：1月11日「開刀的傷口這麼長，還有引流管會不會發炎？」</p> <p>O1：1月10日腹部縫合傷口15公分，周圍皮膚無發紅，縫線處乾淨無分泌物。</p> <p>O2：1月10日右腹部留置一條引流管，引流液呈淡粉紅色、清澈無雜質及異味。</p> <p>O3：1月10日術後管路氣管內管、鼻胃管、導尿管、中心靜脈導管留置。</p> <p>O4：1月11日白血球值$10.06 \times 10^3/\text{ul}$。</p> <p>第二層次評估</p> <p>主要刺激：術後傷口、引流管留置。</p> <p>相關刺激：執行護理活動及傷口換藥。</p> <p>剩餘刺激：加護病房感染率高。</p> |
| 護理目標 | <p>1.1月13日儘早拔除侵入性導管及手術傷口無感染情形。</p> <p>2.出院前傷口無感染發生。</p> |
| 護理措施 | <p>1.每2小時監測生命徵象的變化。</p> <p>2.每日以無菌技術協助傷口護理，保持傷口乾燥，當紗布滲濕時，立即予以更換。</p> <p>3.每8小時評估傷口，注意傷口周圍皮膚是否有紅、腫、發炎及分泌物等現象。</p> <p>4.密切觀察引流液的顏色及量，每8小時或必要時擠壓引流管，保持引流通暢。</p> <p>5.三班觀察中心靜脈導管周圍是否有發紅及腫現象。</p> <p>6.每日以無菌技術執行導尿管護理。</p> |
| 評值 | <p>1.1月12日生命徵象：體溫37.0°C，脈搏82次/分、呼吸16次/分，血壓142/62mmHg。</p> <p>2.1月13日移除鼻胃管及導尿管，尿液自解順暢，呈清澈淡黃色、無沉澱物。</p> <p>3.持續追蹤：1月16日轉至病房，1月20探視時傷口並無感染發生，且癒合良好。</p> |

三、睡眠形態紊亂/與疼痛、陌生環境及治療干擾睡眠有關(2014年1月10日~1月16日)

| | |
|-------|---|
| 主客觀資料 | <p>第一層次評估</p> <p>S1：1月10日「我只要動一下，傷口就好痛，痛到睡不著！」</p> <p>S2：1月11日「聽到機器一直叫的聲音，也有聽到你們走動的聲音，其實我根本都沒有睡覺，一直想睡也睡不著！」、「你等一下可以幫我把頭上這盞燈關掉嗎？看暗暗的會不會比較容易睡得著！」</p> <p>S3：1月12日「我可以現在去病房嗎？在這裡根本沒辦法好好睡覺！」。</p> <p>O1：1月11日觀察夜間睡眠時數約1-2小時會中斷，每晚會醒來3-4次，容易被走動聲及機器聲響吵醒。</p> <p>O2：1月12日觀察白天睡眠淺，部分時間都用棉被蓋住頭部，只要有人經過會馬上打開棉被被睜開眼睛，精神顯得無精打采、注意力不集中、經常打哈欠、眼皮浮腫雙眼出現黑眼圈。</p> <p>第二層次評估</p> <p>主要刺激：醫療機器的警示聲音，護理人員走動聲。</p> <p>相關刺激：與陌生環境有關。</p> <p>剩餘刺激：哀傷情緒。</p> |
| 護理目標 | <p>1.1月13日夜眠時間可持續4-5小時以上。</p> <p>2.1月15日前睡眠可持續5小時以上，並表示睡醒後精神狀態良好。</p> |

| | |
|------|---|
| 護理措施 | <ol style="list-style-type: none"> 1.接觸個案時自我介紹，建立信任之護病關係。 2.主動告知其生理監視器顯示所代表之意義，聲響代表為何，以降低對加護病房環境的陌生及不安全感。 3.夜間時將生理監視器警告聲調整至最低，當其聲響時需在5秒內排除。 4.夜間21：00後關閉天花板日光燈，留走廊上燈光，協助使用圍簾，提供舒適安靜的睡眠環境。 5.交班時提醒同仁降低談話音量，以兩人可以聽到最低音量為主，走路降低腳步音量。 6.採集中護理，將給藥及換藥集中完成。 7.睡前花20分鐘，教導放鬆技巧，執行30個腹式呼吸，教導將注意力放在腹部，感受自己呼吸，開始腹式呼吸，放慢呼吸速度，以促進放鬆。 8.教導促進睡眠方式，如：睡前把注意力集中在雙手或雙腳，讓全身肌肉極度放鬆，能在練習過程中放鬆入睡。 9.協助個案在睡覺前戴上耳塞及眼罩，減少外在刺激。 |
| 評值 | <ol style="list-style-type: none"> 1.1月13日個案於凌晨1:30~5:30熟睡，夜間睡眠時間4小時。 2.1月15日個案表示「昨天晚上睡的最好，幾乎都沒有醒來過，有睡飽感覺真好，現在精神超級好。」 3.1月16日與個案談話時眼神專注有神，精神狀態佳。 |

四、無望感/無法接受罹患癌症，對疾病治療及預後的不確定感有關(2014年1月11日~1月16日)

| | |
|-------|--|
| 主客觀資料 | <p>第一層次評估</p> <p>S1：1月11日「我看看我是死路一條，癌症耶！我是要拿什麼跟它拚下去，我都已經60歲，棺材已經入一半的人了！」</p> <p>S2：1月12日「我每天都規律運動，生活作息也很正常，沒想到還是得到癌症，人生真悲哀喔！想到這裡我覺得活著根本毫無意義了！」、「原本計畫退休後要幫忙帶孫子的，現在都不用說了！」、「我還能活多久？對人生完全無望啊！」</p> <p>S3：1月13日「我努力工作大半輩子，好不容易退休可以享享清福，沒想到卻讓我得到這種沒救的病，我幾個朋友得到癌症，最後也都死掉，我是不是活不久了？可能很快就會死掉！」</p> <p>S4：1月14日「醫師有跟我解釋過早期開刀，存活機率很大的，也不知道我會不會是那個幸運的人，這輩子沒有想過要害人，不知道為什麼老天會選到我？」</p> <p>O1：1月11日觀察個案情緒低落，眼眶泛淚，不願意與醫療人員交談。</p> |
| 主客觀資料 | <p>O2：1月13日在言談中個案頻頻搖頭、臉部無太多表情、雙眼泛紅、音量低沉，與個案談論病情時，毫無參與感，常搖手或閉眼拒絕討論病情。</p> <p>第二層次評估</p> <p>主要刺激：初次診斷罹患肝癌。</p> <p>相關刺激：對疾病治療及預後不確定感。</p> <p>剩餘刺激：患病後生活模式改變，缺乏信心。</p> |
| 護理目標 | <ol style="list-style-type: none"> 1.1月14日前個案願意說出目前害怕的事情。 2.1月16日前個案能重新找到生活目標，自述對未來感受到活著有希望。 |
| 護理措施 | <ol style="list-style-type: none"> 1.接觸個案主動自我介紹，利用肢體接觸降低防衛心，主動關心建立良好護病關係。 2.與其聊天時，鼓勵並引導其說出內心害怕與擔憂。 3.以開放式問句，引導表達說出心中的感受，給予心理支持、肯定其自我價值。 4.提供非語言陪伴，雙眼注視個案握著其雙手，以真誠態度關心。 5.運用簡單易懂的詞句，輔予衛教單張，主動提供肝癌訊息，增加其對疾病的認識。 6.查房時協同醫師主動告知其目前病情進展、用藥治療，減少焦慮感。 7.予個案介紹肝癌手術成功案例，增加其對手術的信心。 |

| | |
|------|---|
| 護理措施 | <p>7.予個案介紹肝癌手術成功案例，增加其對手術的信心。</p> <p>8.激發個案有想繼續活下去的理由，包括8歲孫子的鼓勵與陪伴孫子成長。</p> <p>9.會客時間拉上圍簾，提供隱密環境，教導家屬使用正向語言與其溝通，可延長訪客時間，增加其與家人相處的時間。</p> <p>10.當其情緒低落、沉默不語時，用手輕拍肩膀，點頭表示接受其負向情緒及行為表現，給予足夠時間宣洩情緒，並陪伴在旁。</p> |
| 評估 | <p>1.1月14日個案經護理師引導下主動說出內心感受，訴及：「沒想到我會得到癌症，已經開完刀，也不知道壞東西會不會再長出來」</p> <p>2.1月15日主訴：「我想要多點時間，看著孫子長大！」</p> <p>3.1月16日訴及：「生病這段時間，看到我一家人都這麼關心我，替我擔心，我要好好的跟癌症拚下去，這是我現在最大的目標，好好的活著，生病的人也有生病的過法，人生還是有希望的！」</p> |

討論與結論

本文描述一位肝癌個案接受手術治療後，因對癌症病程及手術成功率不確定感引發無望感，手術後傷口疼痛，陌生環境及治療干擾產生睡眠困擾等健康問題。在照護過程中運用輔助療法及疼痛照護指引，藉由提供舒適環境，教導放鬆技巧等，依序協助緩解個案疼痛及睡眠問題。此外，個案在面對罹患癌症威脅時，常出現焦慮、不安及對未來不確定造成的種種壓力產生無望感，運用同理心陪伴與傾聽方式，接受個案負面情緒反應，引導其說出內心感受表達不安，適切給予正向心理支持，協助勇於面對罹病事實。個案病情穩定後轉至一般外科病房，多次至病房探視時，從個案談話中已較能與筆者分享自己的心情及生病的心路歷程。

在照護過程中感到困難之處，在於個案從一開始對罹病及手術治療成功率的不確定感，屢次情緒低落、態度冷漠，不願意與醫療人員討論病情，正視罹病事實，當筆者初期接觸時大多沉默不語及被動配合。運用主動關懷、傾聽及陪

伴，鼓勵其表達內心感受，了解個案心繫著8歲的孫子，利用視訊與愛孫互動，並由案子帶來照片與個案分享家人出遊的點滴，終於一窺其內心所牽掛的事，由此可見親情是最佳的醫療處方籤。筆者任職於急重症單位，著重在急性期的照護，依馬斯洛需求理論來說生理需求是最基本的，會優先處理生理上問題，較忽略其靈性方面照護，是本文的限制。針對急重症單位之個案，建議照護團隊尤其是心理治療師及癌症個管師能儘早介入，更能適切協助其在面對疾病病程變化所產生的心理衝擊，給予情緒支持及心理調適，以落實全人、全家、全程、全隊的最高照護品質。

參考資料

- 任秀如、陳瑛瑛(2008)·預防手術部位感染之實證策略·*感染控制雜誌*，18(4)，233-239。
- 呂宜佩、陳筱玲(2014)·應用紐曼模式於一位復發性肝癌病患接受再次手術治療之護理經驗·*彰化護理*，21(1)，50-59。
- 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。
- 明金蓮、洪曉佩(2011)·急性疼痛評估與症狀

- 護理·源遠護理, 5(1), 11-16。
- 陳惠君、曾月霞、陳玉敏(2011)·中文版重症
照護疼痛觀察工具之效度檢定·*護理暨健
康照護研究*, 7(2), 108-116。
- 黃敏瑢、王妍惠、宋雅雯(2012)·照顧一位肝癌
患者接受動脈化學栓塞術後不良反應之護
理經驗·*腫瘤護理雜誌*, 12(1), 45-57。
- 黃惠美、郭素貞、王靜慧、張議文、周幸生
(2012)·建立成人癌症病人疼痛非藥物處
置之臨床照護指引·*榮總護理*, 29(2),
145-158。
- 葉秀鈴、施麗香、陳宥葵(2014)·照顧一位肝
癌末期病人面對死亡恐懼之護理經驗·*澄
清醫護管理雜誌*, 10(1), 52-61。
- 衛生福利部統計處(2014, 9月4日)·*民國
102年主要死因分析*·取自[http://www.
mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_
no=312&fod_list_no=5150](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5150)
- 劉鐘軒、蔡正中、陳海雄(2013)·肝癌的診
斷及治療最新發展·*內科學誌*, 24(2),
85-94。
- 蘇清菁、陳玉敏(2009)·無望感之概念分析·
長庚護理, 20(4), 456-462。
- Fontana, C. J., & Pittiglio, L. I. (2010). Sleep
deprivation among critical care patients.
Critical Care Nursing Quarterly, 33(1), 75-81.
doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181c8e030
- Matthews, E. E., & Pittiglio, L. I. (2011). Sleep
disturbances and fatigue in critically III
patients. *The American Association of
Critical-Care Nurses: Advanced Critical
Care*, 22(3), 204-224. doi: 10.1097/
NCI.0b013e31822052cb
- Sun, V. C., & Sarna, L. (2008). Symptom
management in hepatocellular carcinoma.
Clinical Journal of Oncology Nursing, 12(5),
759-766. doi: 10.1188/08.CJON.759-766

靜
思
語

天上最美是星星，
人間最美是溫情。
~ 證嚴法師靜思語 ~

Most beautiful in the sky are the stars;
Most beautiful on Earth
is human warmth and love.

~ Master Cheng Yen ~



The Intensive Care Experience: A Hopeless Person After Hepatocellular Carcinoma Surgery

Chia-Chien Chen

ABSTRACT

The article described the nursing experience of a hepatocellular carcinoma patient who experienced physical and psychological trauma after liver resection. The nursing period lasted from Jan. 10th to Jan. 16th, 2014. By using Roche's Adaptation Model as a theoretical framework for assessment, data were collected using direct care, observation, interviews, and physical assessment. The analysis of data identified health issues such as acute pain, risk of infection, sleep pattern disturbance, and hopelessness. During the nursing process, we established a trusting patient-nurse relationship through companionship and listening. Numerical rating scale was applied to encourage the patient to express level of pain, and in response appropriate care and pain mitigation techniques were provided. Cluster nursing activities were implemented with earbuds and blindfold to offer a comfortable environment and minimize external stimulation. Empathy was used to confront the depressive mood of the patient with positive energy, assisting the patient to overcome hopelessness, and cope with the alteration to lifestyle induced by the disease. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:3, 95-105)

Keywords: acute pain, hopelessness, hepatocellular carcinoma

RN, St. Martin De Porres Hospital

Accepted: March 23, 2016

Address correspondence to: Chia-Chien Chen No.312, Beigang Rd., West Dist., Chiayi City 600, Taiwan

Tel: 886-975-030-689; E-mail: qianjia1114@gmail.com