

運用善終概念協助肝癌末期病人家屬決策歷程之護理經驗

董芸庭、高綺吟*、孫婉娜

中文摘要

本文旨在運用善終概念，照護一位肝癌末期病人之家屬，其調適面對臨終情感衝擊、化解決策衝突之歷程。筆者照護期間2017年2月24日至3月9日，運用觀察、會談及病歷查閱收集資料進行評估，確立護理問題為：舒適型態改變/疾病進展惡化與醫療處置導致、決策衝突/家屬矛盾情感相關、預期性哀傷/家屬面臨即將失去病人與不捨病人身體受苦等主要護理問題。護理過程中筆者運用善終概念照護病人及家屬，以臨終者善終：協助減輕病人疼痛不適與增加舒適；以失親者善別與在世者善生，陪伴關懷家屬哀傷情緒，給予哀傷支持協助調適，最終引領家屬於情感糾葛中釋懷平安，在家屬面對決策困境當中讓病人善終平安，達到真正的生死兩相安。(志為護理，2020; 19:1, 115-125)

關鍵詞：善終概念、決策衝突、預期性哀傷

前言

國內某加護病房調查指出簽署不施行心肺復甦術(Do not resuscitation, DNR)，在臨終前24小時病人有超過五成仍持續接受短暫延長生命的無效醫療如：升壓劑、呼吸器等，而這些醫療措施並無法真正治癒疾病反而徒增病人痛苦，亦讓

家屬無法心安(馬等，2016)。因此對於重症末期的善終應協助家屬面對末期病人醫療抉擇的衝突，並讓末期臨終病人不只是「不電擊、不壓胸的DNR」，更落實「積極舒緩病痛」理念，讓生命末期的身軀不再承受無效醫療帶來折磨，達到「逝者平安，生者心安」方為善終，亦是臨床重要議題(馬、蔡，2013)。衛生

國立成功大學醫學院附設醫院護理師、國立成功大學護理學系助理教授*

接受刊載：2019年4月25日

通訊作者地址：孫婉娜 704 臺南市勝利路138號

電話：886-6-2353535 #3549 電子信箱：n944916@mail.hosp.ncku.edu.tw

福利部為了避免無效醫療帶給病人的折磨，在2018年起施行病人自主權立法，擴大服務族群讓重症末期病人皆有權力達到善終機會(全國法規資料庫，2018)。

本文探討一位肝癌末期病人之家屬，在面對病人病情惡化，處於情感糾葛的哀傷情緒，家屬於決策過程中數次猶疑，增加許多無效醫療處置，如：胃鏡、中央靜脈導管插置、血管栓塞等，讓病人承受更多心靈苦痛與身體不適，因此筆者透過引導及媒介的方式，讓家屬了解並接受病人疾病不可逆的進展，並運用善終概念照護病人及家屬，協助病人症狀控制與舒適護理，關懷家屬傾聽其哀傷情緒，並於決策困境中引領家屬换位思考下，選擇彼此最適切之決策。

文獻查證

一、重症單位的決策衝突與決策策略

決策衝突泛指決策過程中對於抉擇的選項感到疑惑、不確定感而延遲決策(孫、許，2017)。重症單位病人病況變化快速，家屬對醫療處置充滿不確定性，且隨時面臨可能喪失摯愛的情境中，又需在短時間內做出重大醫療決策，多數家屬產生決策衝突(陳、賴、周，2015；Smith-Howell, Hickman, Meghani, Perkins, & Rawl, 2016)。因此需要醫病雙方充分溝通討論後再執行醫療決策，避免產生決策衝突(許、張、呂、周、蕭，2015)。重症單位常見解決策略為進行完善家庭會議應包含：1.清楚解釋病情與醫療選項；2.澄清疑慮；3.瞭解病人與家屬期待的醫療目標；4.鼓勵家屬情緒抒發

表達並給予支持。期許最終醫療決策能融合病人及家屬喜好與價值觀，以達到尊重病人自主權，也滿足病人與家屬心願，進而降低決策衝突發生機率(孫、許，2017；張、黃、蕭，2015；黃等，2014；許等，2015；Smith-Howell et al., 2016)。

二、預期性哀傷定義與照護

家屬預期性哀傷意指當認知摯愛即將死亡之際，開始預期失去親人而感受重大失落感，引發一連串心理、認知及行為方面的悲傷反應(陳、王、郭、楊，2015)，文獻指出提早讓家屬開始面對失親的心理準備及失親後生活的預演，可減緩未來悲傷強度(葉、黃、蔡，2016)。預期性哀傷照護可分為三個層面：1.認知過程：給予家屬足夠醫療資訊，能夠了解即將臨終的迫切性，能依臨終病況作出決定，評估家屬是否接受臨終事實；2.情緒過程：同理家屬的失落感並給予支持陪伴，給予病人良好的症狀控制與舒適照護，儘可能向家屬說明以病人舒適為主要；3.社會過程：家屬喪親後能透過原本的親友往來互動或建立新的關係等良好社會支持，重新適應失親的生活。(Coombs, 2010)

三、善終概念與照護

善終泛指臨終前病人、家屬皆能接受「即將死亡」現實，完成病人心願與道別，臨終沒有症狀疼痛煩擾，處於平靜舒適狀態(馬、蔡，2012)，藉由實現「臨終者善終；失親者善別；在世者善生」，達生死兩相安(趙，2015)。

整合文獻後將善終照護分別以臨終者善終、失親者善別與在世者善生之角度

描述。臨終者善終泛指積極緩解病人不適症狀，避免無意義侵入性治療，協助情緒疏導並完成心願。以末期病人非侵入性治療有「利尿劑」、「臥床休息」等，其相關護理：1.教導採取低鈉飲食，避免多餘水份滯留；2.教導每日監測體重、輸出入量變化；3.定期監測電解質及腎功能；4.因腹水導致腹壓上升，容易造成肋膜積水，應注意維持呼吸道暢通，必要時抬高床頭、給氧氣。5.因水腫導致皮膚彈性變差，需兩小時協助翻身預防壓瘡及密切評估皮膚，並且維持適當營養(陳，2017)，並在病人心靈上確保：1.確保臨終前不受折磨的DNR意願；2.鼓勵表達想法感受如：心願、遺憾、愧疚等，予陪伴支持；3.讓病人參與病情解釋、醫療決策、臨終場所決策自主權(馬、蔡，2013；陳、陳，2007；趙，2015；Pizzi, 2014)。

失親者善別與在世者善生乃協助即將失去摯愛的家屬面對病人臨終過程的情緒疏導，完成雙方心願及早給予預期性哀傷護理，期許日後達到生死兩相安。具體護理措施：1.協助家屬參與基本照護協助病人舒適如：擦澡清潔、被動關節活動減緩水腫僵硬等，增加彼此接觸陪伴機會；2.鼓勵病人與家屬雙方情感坦誠「道歉、道謝、道愛、道別」，表達抒發哀傷情緒；3.鼓勵病人與家屬共同討論理想的臨終醫療決策；4.評估家屬對存活期與餘生期待並溝通討論，協助心理準備；5.同理家屬希望能多點時間陪在身邊，又不忍病人臨終受苦想放手的矛盾與反覆情緒；6.同理家屬對醫療的疑慮，提供詳細醫療資訊說明，主動詢問是否

存疑並解釋澄清(馬、蔡，2013；陳等，2015；陳、陳，2007；趙，2015；Pizzi, 2014)。

護理過程

筆者照護期間於2017/2/24至3/9，觀察病人與家屬互動，透過護理紀錄及會談收集資料進行評估，以病人生理評估、家屬決策歷程及過程中家屬情感部分進行評估呈現。

護理評估

一、個案簡介與發病經過

郭女士66歲，信仰佛道教，喪偶多年，育有兩男兩女，平時與兒子媳婦們、小女兒同住高雄，過去職業為學校廚工。住院間主要照顧及決策者為四名子女及媳婦們，決策時會彼此討論，互動良好，與病人關係親近密切。

病人有B型與C型肝炎病史，2012年發現肝腫瘤陸續接受手術切除、干擾素治療，近年出現肝硬化症狀且因食道靜脈出血頻繁住院治療，2/18因食道靜脈出血入院，緊急放置食道球加壓止血後出現無脈動心律，急救後轉重症單位，2/24意識清醒穩定轉病房，當天再次呼吸衰竭插管轉重症單位。

二、病人生理評估

轉入初期意識清醒，因插置氣管內管有止痛藥控制，虛弱無法提筆表達溝通。身體外觀腹部明顯鼓脹腹水，超音波顯示腹水及肋膜積水量多，呼吸偏喘、淺促費力併使用呼吸輔助肌(呼吸次數介於30-32次/分)，血氧濃度約88-90%左右，夜間睡眠需維持半坐臥姿，護理

期間四肢進心端水腫++，末梢+，護理過程中病人時而露出皺眉、不悅表情。3/4開始出現解血便與食道靜脈出血徵象，因凝血異常、血色素與血小板低下陸續血品輸注，後期出現低血容休克而給予升壓藥物治療，為了穩定血壓、頻繁輸血與給藥，並執行侵入性治療(動脈留置針、靜脈留置針、中心靜脈導管)時，病人表情更加皺眉愁苦且甚至有時會流淚，疼痛分數為4分(滿分為10分)，於侵入性治療後1.5-2小時可平復。經以上評估，病人有「生理舒適型態改變／疾病進展惡化與醫療處置導致」。

三、家屬決策歷程與家屬情感評估

(一) 猛爆疾病吞噬心中摯愛的生命：急性期(2/24-2/27)

初期轉入重症單位病況嚴重，家屬看著病人因肝癌末期頻繁食道靜脈出血積極治療，情緒悲痛不捨，一開始情感上不願意接受即將失去病人之可能，2/25案小兒子邊流淚邊於病人耳邊喊話：「媽要快點好起來，孫子孫女都在想念阿嬤」、案小女兒哽咽：「媽媽家裡很需要你，我們已經沒有爸爸了，我們很愛你，要加油要快點好起來」。因病情仍無起色，2/27案大女兒：「不希望媽媽再辛苦，也不想再做侵入性治療，希望可以走安寧」，由案大兒子簽署DNR並照會安寧共同照護。

(二) 反覆緊握與放手的困難抉擇叉路：疾病起伏(2/28-3/8)

1. 緊握摯愛(2/28-3/2)：病人意識清楚且病情一度好轉，讓家屬重燃希望。案姊對於病情的好轉也曾向醫療團隊表示：「應積極治療，不應該放棄」，而礙於

傳統孝道的言論束縛，2/28案大兒子表示：「家中有長輩不認同之前想走安寧的想法，指責為人子女怎麼輕易放棄，所以也希望積極治療」、3/1案大女兒：「我們不是說要積極治療嗎？為何又會診安寧？」。期間家屬再次對病情抱有一線生機，更加上傳統孝道及德輿論束縛下，家屬不捨離別，希望能夠緊握摯愛。

在病人疾病起伏病程中，家屬情感處於糾葛狀態，面臨抉擇亦甚是猶疑，評估家屬有「決策衝突／家屬矛盾情感相關」。

2. 準備放手平安(3/2-3/8)：病況再次出血休克惡化，醫療團隊向家屬說明多項侵入性檢查處置，如：洗腎、做胃鏡、手術及栓塞等治療，家屬已意識到疾病已進展至生命末期，希望不要再折磨病人。3/2案小女兒：「媽媽都清醒，真的捨不得就放手，但是看著媽媽身上管子與瘀血瘀青越來越多，更多皮肉之苦，真的不忍心」、案大女兒：「失去媽媽或讓媽媽受苦，不管哪種情境都感到非常難過，但是因為治療再造成媽媽不舒服這點，好像是我們子女指使造成的，讓我更加自責不捨」。3/4案小女兒哽咽訴說：「媽媽似乎很無奈的承受這一切，雖然在我們面前沒有哭，因為怕我們擔心，所以讓我更心疼」。案小兒子：「不想讓病人拖著病痛活著」。

綜合上述發現家屬意識到可能即將失去病人之情感衝擊，但又眼睜睜看著病人承受醫療處置治療畫面，感受不捨悲傷情緒，評估家屬有「預期性哀傷／面臨即將失去病人與不捨病人身體受苦」。

問題確立

經護理評估後發現個案有：舒適型態改變／疾病進展惡化與醫療處置導致、決策衝突／家屬矛盾情感相關及預期性哀傷／家屬面臨即將失去病人與不捨病人身體受苦，依序於下列進行說明。

一、舒適型態改變／疾病進展惡化與醫療處置導致

主客觀資料：

S1: 2/25詢問病人是否感覺呼吸喘？病人點頭回應。

S2: 2/26疼痛分數為4分(滿分為10分)，於侵入性治療後1.5-2小時可平復。

O1: 2/25腹水與肋膜積水量多，呼吸喘費力(30-32次/分)。

O2: 2/24執行侵入性治療：動脈導管與靜脈針置放時病人皺眉。

O3: 2/24明顯四肢末梢水腫1-2價，活動關節時病人皺眉不適

護理目標：

1. 維持呼吸數率維持20-30次/分，無使用呼吸輔助肌。
2. 病人表情平和，無皺眉不適表情。
3. 四肢肢體末梢無水腫。

護理措施：

緩解呼吸不適

1. 2/25-2/28與醫療團隊中的醫師及呼吸治療師討論後，給予鎮靜止痛藥物(nimbex、dormicum、fentanyl)觀察呼吸狀況調整劑量，降低呼吸喘帶來不適感，並評估病人呼吸器設定使用狀態，維持病人良好氧合。
2. 協助醫師予以腹水(2/27、2/28)與肋膜積水穿刺放液(2/24、2/25)、並於2/29

置放肋膜腔引流管引流積液。

緩解疼痛

1. 2/25起每四小時評估病人表情是否皺眉愁容，隨時與醫師及專科護理師討論止痛藥物劑量調整。
2. 2/27與醫師討論侵入性治療處置(穿刺放液、動脈導管、中央靜脈導管、靜脈留置針)必要性，盡量減少侵入性治療。
3. 2/27向病人說明侵入性治療目的及執行方法，降低未知恐懼，給予侵入性治療的心理準備(如：要幫你打靜脈針，待會要下針會告訴你，痛一下)，並與醫師討論立即推注止痛藥物劑量。

護理措施：

緩解水腫及關節僵硬活動不適：

1. 2/25起每兩小時翻身時，協助肢體伸展活動、抬高末梢肢體增加循環回流(雙腳及雙手墊小枕頭)，減緩水腫及因水腫造成關節僵硬減緩腫脹感。
2. 2/26教導家屬會客時間協助輕柔執行被動關節運動、按摩。

護理評估：

1. 3/1自2/28關閉鎮靜藥物後，意識清醒呼吸平順，無使用呼吸輔助肌，呼吸數率約24-30次/分，心跳次數105-110次/分，詢問呼吸是否費力不適，病人搖頭表示。
2. 3/2案大女兒會客時間結束時很開心表示：「最近幫媽媽按摩關節動一動，今天明顯覺得手盤、足盤水腫變少了。運動時也不像一開始那麼不舒服，現在沒有皺眉了，媽媽表情很像睡著了」。

二、決策衝突／家屬矛盾情感相關

主客觀資料：

S1: 2/25案小女兒哽咽哭泣聲調：「媽媽，家裡很需要你，我們已經沒有爸爸了，我們都很愛你，你要加油要快點好起來」。

S2: 2/27案大女兒：「我們不希望媽媽再辛苦，也不想要做侵入性治療，希望可以讓媽媽走安寧」。

S3: 2/28案大兒子：「家中長輩不認同之前想走安寧的決定，指責為人子女怎麼輕易放棄，所以也希望積極治療」。

S4: 3/1案大女兒：「不是說要積極嗎？為何又會診安寧？」。

護理目標：

1. 家屬能了解並說出所選擇的醫療處置優缺點
2. 家屬能於一周內達成醫療決策共識。

護理措施：

1. 2/27確認家屬了解病況及建議治療處置的目的、優缺點。
2. 2/28詢問家屬更改決策原因，確認家屬了解治療目的與優缺點。
3. 2/28鼓勵家屬間溝通討論對於病人疾病治療的期待為何。
4. 3/1同理家屬因情感矛盾而無法堅定決策立場，建議案子與案女以「不捨病人離開」立場思考：
 - 4-1. 詢問家屬「是不是兄弟姐妹都了解媽媽的病情？」
 - 4-2. 給予心理建設並告知家屬「我們都希望媽媽真的能夠好轉康復，但是從現實醫療角度就是重症末期且出血持續中，希望家屬必需有最差病況的心理準備」

4-3. 給予時間調適臨終事實，說明無效醫療的對病人的意義「重症末期的病況持續惡化，即使侵入性治療止血成功了，未來還是會再出血，就像承受疼痛不適的治療，去換取隨時再出血的不平安餘生」。

5. 3/1同理家屬因情感矛盾而無法堅定決策立場，建議案子與案女以「不捨病人受苦」立場思考：確認家屬所希望的不受苦程度，詢問「家屬需要思考，倘若希望安寧舒適，那個治療要做到什麼程度呢？是否仍輸血、使用升壓劑？是否減少水分補充避免身體水腫？」

6. 3/1協助會診重症安寧緩和共同照護。

7. 3/1藉家庭會議(與會人員：醫師、護理師、社工師、安寧共同照護護理師、專科護理師)協助家屬順利做出醫療決策：

- 7-1. 醫師清楚解釋病情與醫療選項區別。
- 7-2. 主動澄清疑慮，詢問「對於病情是否有不清楚之處？清楚了解不同醫療處置的好處壞處？」。
- 7-3. 瞭解醫療期待，詢問「家屬之前是否有討論過，希望治療後可以恢復到什麼狀況？」、「病人之前是否曾經表達過對於自己對於臨終意願？」。
- 7-4. 同理並鼓勵家屬情緒抒發表達，向案小女兒表示「媽媽病況反覆惡化，可以想像你們承受許多壓力與煎熬，可以的話想要聽聽你心裡的想法」。
8. 3/4向家屬說明留一口氣返家可能狀況之準備：「需要思考，回家後倘若媽媽開始出血時，是否知道該怎麼應變？是否家裡的家人(無論老幼)能夠承

受看到出血的心理準備？」

護理評估：

1. 3/2對於醫療決策，案大女兒主動表示：「明白醫師說明的病況，也知道現在再多治療都只能爭取一點點時間，只是用說的都明白，但真的想像死亡，心裡就會猶豫，因為真的會難過捨不得」
2. 3/3家庭會議後家屬對病情理解且清楚預後，且表達希望不受苦的醫療決策，案大女兒：「已經急救過一次，媽媽真的很辛苦，應該讓她舒服就好，能夠好好地離開」、案小兒子：「我們知道不管現在做什麼治療，都不能夠讓媽媽恢復健康，只會讓她更不平安」、「我們不考慮洗腎，不想讓媽媽拖著病痛活著」、案大媳婦：「家人有共識不再做侵入性治療，不要電擊壓胸」、案小兒子：「至於撤除維生醫療部分，會再與其他家人討論後決定」。
3. 3/7案大女兒主動詢問使用升壓劑對於病情的好處與壞處，經說明解釋後表示：「了解肝癌末期造成頻繁食道靜脈出血，即使止血後還是會再出血，所以不希望再做侵入性治療止血」「既然無法止血，那麼升壓藥也只是短暫維持血壓的話，希望不要再給予升壓藥物，希望順其自然，留一口氣回家」。
4. 3/8病人食道靜脈出血，嚴重休克意識昏迷，生命徵象暫時維持，案子們與案女們趕到探視後，悲傷表示：「知道無論再多增加什麼，對媽媽都沒有意義，只讓媽媽更辛苦，希望帶媽媽

回家」，經確認家中對於留一口氣返家後可能出血的心裡準備後，家屬決定：「暫時先在醫院，若真的不行了，接受形式上一口氣回家」。

5. 3/9病人出血休克病逝，四名子女與媳婦們在旁陪伴，案小女兒淚眼輕喚：「媽媽，真的沒有痛苦了，我們一起回家」形式上一口氣返家。

三、預期性哀傷／家屬面臨即將失去病人與不捨病人身體受苦

主客觀資料：

- S1: 2/25案小兒子邊流淚邊於病人耳邊喊話：「媽要快點好起來，孫子孫女每天都在念阿嬤」。
- S2: 3/2案小女兒：「媽媽一直都清醒，真的捨不得這麼快就放手，但是看著媽媽身上管子與瘀血瘀青越來越多，更多皮肉之苦，真的不忍心」。
- S3: 3/2案大女兒：「失去媽媽與媽媽受苦，不管哪種情境都令我們感到非常難過」、「人的生死不是我們可以控制的，失去媽媽真的光想就讓我很難想像與難過，但是因為治療造成媽媽痛苦不適這點，卻像是我們指使造成的，讓我更加自責不捨」。
- S4: 3/4案小女兒(邊哽咽訴說邊流淚)表示「看媽媽似乎很無奈承受這一切，媽媽看起來沒有哭是因為怕我們擔心，所以看了讓我更心疼」

護理目標：

1. 面對病人臨終，家屬能主動表達心裡哀傷情緒。
2. 引導家屬護理陪伴，正向面對病人即將死亡的事實。

護理措施：

認知過程照護

1. 2/28照護期間建立一定熟悉度後，詢問家屬「對於病人病況的期待為何？對於可能面臨病人臨終想法為何？」

情緒過程照護

1. 3/1對於案小女兒的泛淚壓抑情緒，同理為人子女面對父母病重的心情感受「感覺到你們與媽媽的感情真的很好，所以你們才會感到更難過不捨，想哭是正常的，可以的話直接哭出來會比較舒服」。
2. 3/1主動關心家屬近況「(案小女兒)每天工作下班從高雄趕過來後又再趕回高雄，感覺沒有太多時間休息，工作狀況還好嗎？會不會讓自己太累了？」
3. 3/2釐清家屬哀傷原因「不捨病人離開」與「不捨病人受苦」，醫療團隊的護理師協助適合的調適方法及護理措施，舒緩哀傷情緒。
4. 3/2「不捨病人離開」措施：(1)協助認知臨終之事實，用善終說明「不再受苦」給予安慰，在即將失親的既定事實中，以解脫苦難的正向想法接受，藉此減緩哀傷程度。(2)給予時間接受病人趨臨終死亡之事實，協助延長會客時間及增加彈性會客時間陪伴，也告知家屬倘若狀況許可，可隨時前來按鈴，會盡量給予時間陪伴病人。(3)避免因「沒來得及說出的話」造成遺憾，即使病人插管、虛弱而無法給予完整回應，鼓勵家屬能向病人表達感受(道歉、道謝、道愛、道別)，盡量完成病人心願，減少彼此因遺憾又加深哀傷的情緒。

5. 2/28「不捨病人受苦」措施：(1)同理家屬不捨心情，告知隨時會因病人反應醫師會調整止痛用藥，讓家屬瞭解可以盡量減少疼痛對病人的不適而稍微安心。(2)護理師教導並邀請家屬參與執行簡單的「舒適護理」如：臉部身體擦拭清潔、塗抹乳液、護唇膏、教導舒適擺位與肢體被動關節按摩等措施。使家屬感受到自己也能夠減緩病人不適，藉由為病人善終過程盡力，減緩家屬因病人不適痛苦而加深哀傷程度，以此舒緩哀傷情緒。

社會過程照護：3/3面臨失親心境，護理師及安寧共同照護護理師鼓勵家屬相互傾訴心情扶持。

護理評估：

1. 經由教導舒適護理後，觀察多日彈性會客與會客時間，家屬都會主動被動關節運動減緩雙手水腫，3/4大兒子表達「媽，你之前手好腫，現在消腫了，是不是覺得比較舒服？」
2. 3/5彈性會客案小女兒主動給予棉棒嘴唇潤濕、濕紙巾輕拭眼角等。與病人說話期間，會撫摸病人臉頰雙手緊握病人的手說「真的很謝謝你生我養我、讓我從來什麼都不缺的平安長大」、雖然你現在不能一直陪在我身邊，但你要知道我們真的很愛你」向病人表達內心情感。
3. 3/7案大女兒主動向護理師表達「想到媽媽的狀況真的沒有辦法不難過，但至少覺得我們做了不讓媽媽多受苦的正確決定，真的希望不要再有痛苦...」。
4. 3/8近午夜子女們輪流進入病室對意

識昏迷病人輕撫臉頰與啜泣說話「媽媽，就快沒有痛苦了，跟著唸佛號，佛祖會讓你平平安安的離苦得樂，我們四個兄弟姊妹會平安和氣互相照顧，不用擔心我們，你放心跟著佛祖」。

5. 3/9凌晨病人出血休克病逝，四名子女與媳婦們皆在旁跟隨念佛助唸佛號陪伴，由案小女兒與案大女兒一起陪同執行遺體護理「媽媽，身體不舒服的管子都拔掉了喔」、「要幫你換衣服囉，是你捨不得穿的那套漂亮套裝喔」，案小女兒淚眼輕喚：「媽媽，沒有痛苦了，我知道你一直都想回家，我們要帶你回家了」。
6. 3/9協助辦理離院過程中家屬雖然皆有哀傷流淚情形，但並沒有無法接受逝世事實的崩潰悲傷情緒出現，四位子女與媳婦們一起為病人助念佛號，遵照病人心願「帶她回家」。

討論與結論

本文因病人肝癌末期反覆食道靜脈出血住院，此次病況急遽惡化轉入重症單位後，家屬處於對摯愛想緊握或該放手的矛盾情感拉扯，數度對醫療決策猶疑不定，為此筆者曾對協助決策過程感到受挫，卻也意識到重症單位的醫護人員因工作繁忙，故僅聚焦生理照護而忽略家屬產生情感衝擊與需求，因此了解家屬對病人病況想法與情緒矛盾後，藉由文獻查證，且醫療團隊不斷予以澄清溝通，運用善終理念引領家屬思考及增加陪伴摯愛的時間，協助家屬調適哀傷情感與確認醫療決策，讓病人與家屬能感

受身心靈平安。但筆者回顧護理過程，每當家屬決策猶疑時其實病人承受更多的無效醫療，令筆者感到無奈，也是此次護理經驗感到最大的遺憾。

透過此次護理過程筆者有以下體悟與想法：1.家屬想法是動態的，在此次護理過程中家屬決策反覆猶疑讓筆者深感挫折，在換位思考後，能理解家屬面對摯愛生死相關的醫療決策時無法果斷，期許自己能多同理家屬的心境，以尋找最適切決策；2.給予家屬足夠情境預習醫療決策的心理準備，筆者發現臨床不少家屬以理性角度決定醫療決策後，卻僅是理智上選擇接受心理卻未準備好接受，希望未來醫護人員應盡可能說明所面臨之情境給予心理準備；最末建議在重症單位內設置安寧個案管理師，除了減輕臨床護理師負擔，更能隨時評估安寧緩和對病人的合適性，加上今年起衛生福利部通過病人自主權力法，擴展善終族群不再僅侷限於癌症或八大非癌病人受益，透過安寧個案管理師第一時間介入討論縮短病人受到無效醫療折磨。

參考資料

- 全國法規資料庫(2018)·病人自主權力法·檢自：<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189>
- 孫婉娜、許心恬(2017)·決策衝突之論述·*高雄護理雜誌*，34(1)，25-35。doi:10.6692/KJN-2017-34-1-3
- 馬瑞菊、林佩璇、李佳欣、蔣如富、鄭婉如、羅元均、蕭嘉瑩、蘇珉一(2016)·加護病房肝硬化臨終病人簽署DNR同意書與醫療處置之經驗分析·*安寧療護雜誌*，21(2)，180-195。doi:10.6537/TJHPC.2016.21(2).5

- 馬瑞菊、蔡惠貞(2012)·善終之概念分析·*馬偕護理雜誌*，6(2)，7-13。doi:10.29415/JMKN.201207_6(2).0001
- 馬瑞菊、蔡惠貞(2013)·提供重症善終服務：改善加護病房生命末期照護·*馬偕護理雜誌*，7(1)，7-13。doi:10.29415/JMKN.201301_7(1).0001
- 張麟、黃勝堅、蕭勝煌(2015)·由加護病房重返窺看生命末期照護計畫·*北市醫學雜誌*，12(1)，13-27。doi:10.6200/TCMJ.2015.12.1.02
- 許維邦、張瑞月、呂美君、周明智、蕭培靜(2015)·共同決策於臨床醫學之應用·*澄清醫護管理雜誌*，11(2)，24-29。doi:10.30156/CCMJ.201001.0007
- 陳月蓉、王雅芳、郭淑華、楊婉萍(2015)·心慟不捨中放手祝福：一位末期肺癌病人之家屬預期性哀傷撫慰·*安寧療護雜誌*，20(1)，79-87。doi:10.6537/TJHPC.2015.20(1).7
- 陳安芝、賴德仁、周希誠(2015)·臨終受苦指數與不施行心肺復甦術(DNR)·*安寧療護雜誌*，20(2)，105-119。doi:10.6537/TJHPC.2015.20(2).1
- 陳美如(2017)·肝癌病患的照護·*血管醫學防治季刊*，28，23-25。
- 黃馨葆、陳皇吉、蔡佩淪、謝雅琪、林楷煌、蔡兆勳(2014)·如何以家庭會議協助重症病人生命末期決策·*安寧療護雜誌*，19(3)，268-281。doi:10.6843/NTHU.2009.00078
- 葉忻瑜、黃獻樑、蔡兆勳(2016)·安寧團隊提供末期病人及家屬照護與悲傷輔導經驗·*安寧療護雜誌*，21(2)，218-227。doi:10.6537/TJHPC.2016.21(2).8
- 趙可式(2015)·安寧療護是普世價值且為護理的本質·*護理雜誌*，62(2)，5-12。doi:10.6224/JN.62.2.5
- Coombs, M. A. (2010). The mourning before: Can anticipatory grief theory inform family care in adult intensive care? *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 580-584.
- Pizzi, M. A. (2014). Promoting health, wellness, and quality of life at the end of life: Hospice interdisciplinary perspectives on creating a good death. *Journal of allied health*, 43(4), 212-220B.
- Smith-Howell, E. R., Hickman, S. E., Meghani, S. H., Perkins, S. M., & Rawl, S. M. (2016). End-of-life decision making and communication of bereaved family members of African Americans with serious illness. *Journal of palliative medicine*, 19(2), 174-182.

Nursing Experience of Assisting Hospice Care Decision Making for Families of a Terminally-Ill Liver Cancer Patient

Yun-Ting Tung, Chi-Yin Kao*, Wan-Na Sun

ABSTRACT

This article addresses the concept of hospice for the families of patients with liver cancer, adjustments to end-of-life emotional effects, and solving decision conflicts. Nursing care was provided from February 24th to March 9th, 2017. Data were collected through observation, interviews, and reviews of medical records. The following nursing problems were determined: changes in comfort caused by disease progression and medical treatment; decision conflicts caused by emotional family members; and anticipatory grief caused the patient's impending death. During the nursing experience, the author used the concept of hospice care with patients and family members. Grieving families should be provided with support; patients should be allowed a good death; and patients' body pain should be reduced when families experience decision conflicts. (Tzu Chi Nursing Journal, 2020; 19:1, 115-125)

Keywords: anticipatory grief, decision conflict, good death

RN, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University; Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University*

Accepted: April 25, 2019

Address correspondence to: Wan-Na Sun No.138, Sheng Li Road, Tainan, Taiwan 704

Tel: 886-6-235-3535 #3549; E-mail: n944916@mail.hosp.ncku.edu.tw