

壹、前言

根據衛福部統計處表示 2022 年十大國人死因中惡性腫瘤位於第一位，占總死亡人數 24.9%，而胃癌則在惡性腫瘤中排序第八位。胃癌早期症狀不明顯，所以病人往往被診斷時已是癌症末期，且治療預後效果不佳（Waldum & Fossmark, 2021）。常造成病人及家屬的負擔及壓力，不僅要承受身體巨大的痛苦，面臨疾病後續治療及對於死亡的焦慮而感到茫然無措，甚至有否認或憤怒的反應，極需身心靈的支持。本文描述照護一位胃癌末期的臨終病人之護理經驗，由於個案過去身體健康且無疾病史，故難接受初診斷即為胃癌末期且合併全身轉移，且癌症骨轉移造成病人下背劇烈疼痛及身心上的折磨。個案多次表達對妻子的不捨及放不下，因此引發筆者欲深入探討的動機。期盼透過專業的護理過程，陪伴病人及其家屬渡過生命末期的旅程，減輕病人疼痛痛苦，提供心靈上的支持，且幫助病人獲得靈性的撫慰，期盼此照護經驗能供日後類似個案護理之參考。

貳、文獻查證

一、末期胃癌的不適症狀及治療情形

胃是一個囊狀的器官，因此胃癌初期腫瘤在胃腔內生長時不會導致阻塞，通常少有症狀，所以大部分病人被診斷時已是胃癌末期，且治療的預後效果不佳（Waldum & Fossmark, 2021）。胃癌早期常見的症狀有容易飽足、噁心感、嘔吐、貧血導致的疲憊、疼痛和體重減

輕。隨著癌症進展，可能出現嚴重的胃癌末期症狀，如：胃出口阻塞、胃出血及腹水。一項研究調查了困擾末期胃癌病人的症狀，其中造成影響最多者為疲勞、疼痛和食慾不振（Chau et al., 2019）。末期胃癌的治療方法有姑息性切除手術、腸胃道金屬支架置入術、胃繞道手術、姑息性放射線治療及姑息性化學藥物治療，且治療應盡早開始以提高病人生活品質與延長壽命（Harada et al., 2020）。

二、癌症末期的疼痛照護

疼痛是癌症中最常見的症狀之一，且會持續折磨著病人（Rodriguez et al., 2019），不僅是癌症末期病人最大的痛苦來源，也是生活品質和對治療信心下降的最重要原因（Zheng et al., 2021）。緩解末期癌症病人疼痛的藥物以強效型鴉片類為主，輔助藥物則包含外用局部麻醉劑、三環抗憂鬱藥、抗痙攣藥物及類固醇等等，以口服控制為佳，且應於治療前進行全面性疼痛評估，評估疼痛的強度及種類，並於治療過程中評估及調整劑量，非藥物治療則包含放射線療法、使用自我管理策略、冷熱療法、針灸、穴位按摩、正念冥想、呼吸練習、音樂療法及心理靈性支持，依照病人個別性訂定治療計畫（Swarm et al., 2019, Chapman et al., 2020）。其中穴位按摩常與芳香精油療法合併使用，黑胡椒、月桂樹、薄荷、松樹、迷迭香、洋甘菊與薰衣草等精油都具有舒緩疼痛的功效（Farrar & Farrar, 2020）。

三、癌末病人的焦慮及照護

癌症末期病人的焦慮會聚焦在身體症狀和不適、功能喪失、疾病可能的進展、持續的不確定性及是否能改變疾病導致的生命限期 (Liao et al., 2018)。應使用工具定期且隨時依病人狀況評估焦慮程度，溫和的鼓勵和安撫解決病人在接受治療時遇到的生理或心理困難及不適，評估抗焦慮或精神藥物治療需求，並照會腫瘤心理師，針對改善焦慮可透過正念冥想、認知行為療法、音樂療法及結構化的心理治療 (Grassi et al., 2023)。

四、臨終病人的靈性層面照護

癌症末期病人在臨終前會回顧他的生活史，企圖從過去的人生經驗中發覺生命的意義，因此在照護中常利用生命回顧法及宗教信仰重新省思生命、詮釋存在的價值，與過去人際關係進行情感上的總結，將恩怨做一了結，思考愛、寬恕及和解，以讓自我的心境更加平安 (Messina et al., 2011)，臨床上可經由陪伴傾聽，了解病人的信仰與需求，或轉介宗教師共同以正向的態度，與病人探討生命意義，協助獲得諒解來滿足病人的靈性需求。護理人員可藉由引導病人透過生命回顧、分享生活照片等，向生命中的重要人事物道愛、道謝、道歉、道別，尋找生命的意義，學習放下心中怨恨，祈求寬恕與和平來獲得心靈的平安 (張，2014)。

參、個案簡介

江先生，67歲，大學畢業，慣用語言為國語及閩南語，信奉佛教，

工程師退休，已婚育有二子，與案妻同住，二子皆於外地工作，個案未曾住院或接受手術，無慢性疾病史，無抽菸、飲酒或吃檳榔，住院期間主要照顧者為案妻。

肆、發病過程及治療經過

個案於 2023 年 1 月 16 日因搬重物不慎跌倒，此後一直有下背痛症狀，因疼痛情形加劇，故於 2 月 26 日就醫住院，3 月 1 日行腰椎核磁共振檢查顯示第一及第二腰椎瀰漫性腫瘤骨轉移，3 月 3 日行骨掃描檢查顯示全身廣泛性腫瘤骨轉移，3 月 6 日行腹部電腦斷層檢查顯示末期胃癌（分期為 T4N3M1），伴隨胰臟尾、肝、腹膜後及胸廓淋巴結轉移，3 月 8 日上消化道內視鏡檢查胃部切片病理報告為腺癌。疾病治療經過詳如表 1。

表 1. 疾病治療經過

| 日期 | 事件 |
|-----------------|--|
| 2023 年 3 月 06 日 | 腹部電腦斷層檢查顯示末期胃癌(分期為 T4N3M1)，伴隨胰臟尾、肝、腹膜後及胸廓淋巴結轉移 |
| 3 月 08 日 | 上消化道內視鏡檢查胃部切片病理報告為腺癌 |
| 3 月 09 日 | 開立家庭會議；照會安寧共照團隊，簽署預立安寧緩和醫療暨衛生醫療抉擇意願書：接受安寧緩和醫療，並不施行心肺復甦術及維生醫療 |
| 4 月 03 日 | 個案於案妻及案子們陪伴下安詳過世 |

伍、護理評估

筆者護理期間自 2023 年 2 月 26 日至 2023 年 4 月 3 日，透過實際照護、觀察、身體評估、病歷查閱及會談方式收集個案資料，運用四大層面生理、心理、社會及靈性層面進行整體性評估，並確立健康問題。

一、生理層面：

個案身高 168 公分，體重 60 公斤，身體質量指數為 $21.2\text{kg}/\text{m}^2$ ，屬於理想體重，建議熱量為每天 1500 至 1800 千卡，住院後因反胃及噁心感影響食慾，進食量減少為平時之 $1/3$ ，飲食內容多為小吃，如：水煎包、麵羹或水果，熱量攝取每天 500 至 800 千卡，飲水量為每天 1500 至 2000 毫升，視診毛髮髮量適中、無落髮情形，膚色黯沉偏黃，指甲長度適中無斷裂，下眼瞼及指甲顏色略微蒼白，口腔黏膜完整無破損，觸診皮膚無水腫。住院前 2 至 3 天解便一次，住院期間有使用軟便藥物，於 2/8 及 3/2 出現解大量黑便情形，於 3/3 起常規使用 Pantoloc 40mg IV QD 後未再有黑便情形，每日排尿量 1500 至 1800 毫升，尿液黃色清澈。個案疼痛部位為下背部，疼痛性質為鈍痛及刀割痛，疼痛範圍會投射至雙下肢，運用視覺類比量表評估個案疼痛程度，未移動、靜止休息時下背疼痛分數為 3 至 4 分，移動或停止使用止痛藥物 3 小時疼痛分數為 6 至 8 分，每次疼痛發作時會持續 1 至 2 小時，好發疼痛時機為晚間，疼痛導致病人無法平躺及行走，觀察睡眠時多呈現半坐臥或側躺蜷縮狀，住院期間止痛藥物使用：每日口服 Morphine 60mg 1#、每八小時口服 Morphine 15mg 1#、每日靜脈注射 2-3 次 Morphine 5mg、3 月 13 日至 3 月 20 日接受放射線治療緩解下背疼痛。3/3 觀察個案雙眼緊閉、手扶背部且發出呻吟聲，主訴：「我什麼檢查都不想做！移動時背真的很痛！」、3/4 觀察個案表

情皺眉、抿唇，主訴：「我只有坐著或側躺才睡得著，妳知道我已經多久沒有平躺睡覺了嗎？只要平躺就算睡著也會一直醒來！」、3/5 主訴：「能不能請醫生再多開止痛藥，還是有沒有其他自費的藥多貴都沒關係！」、3/6 觀察個案張口發出哀嚎聲、拍打床墊，主訴：「幫我插導尿管，每次上廁所都生不如死的，你們能體會這種痛苦嗎？」、3/8 主訴：「我感覺有時候已經不只下背在痛，會延伸到兩隻腳，痛得要命！」、3/9 案妻表示：「妳知道嗎？他平常是很會忍痛的，真的痛到受不了他才會講，所以我沒辦法想像他這段時間有多痛。」、3/1 至 3/10 觀察個案夜間睡眠皆採半坐臥臥位。評估睡眠部分，因下背痛情形，住院期間個案皆採半坐臥方式入睡，且夜眠多中斷難持續，睡眠時數為每天 3 到 5 小時，白天神情顯疲憊，時常閉目養神，在活動方面，平時多待於家中處理家務事，偶爾會與案妻一同外出用餐、散步，住院期間因下背疼痛故除非檢查及治療必要，否則多待於病房休息、抗拒活動。經上述評估，確立主要健康問題為：

疼痛／與胃癌合併骨轉移導致的疼痛有關。

二、心理層面：

個案無憂鬱症或情緒障礙等相關精神病史，自述個性嚴謹自律，過去職業為工程師，表示有問題就要找出根本原因解決。住院初期個案認為「下背痛為搬重物跌倒導致，若下背痛經治療獲緩解即可恢復健康」，於 2 月 26 日評估心情溫度計第 1 至 5 題總分為 2 分、第 6 題為

0分，屬於正常範圍，於3月3日經檢查得知全身廣泛性腫瘤骨轉移故再次評估心情溫度計第1至5題總分為10分、第6題為1分，且於第2題「感覺緊張不安」的分數為3分，屬於厲害程度情緒困擾，觀察個案頻頻以手機查詢疾病相關資訊，3月3日主訴「會不會是我摔倒的時候去壓到脊椎了，應該只是神經壓迫吧..」、3月4日主訴「要不要再多做一些檢查，確定是癌症嗎？我生活都很規律的！過去身體都很健康」，3月7日主訴「打化療有辦法好嗎？我看到很多人打化療是越打越差，然後都打到死掉了，我放療做一做止痛就好了」，3月8日主訴「我住院前本來要去銀行處理事情，現在被困在這裡哪裡都去不了，是不是永遠都無法出院、無法正常生活了？」、3月10日主訴「我性子很急，是一個習慣有問題就要去解決的人，現在這種情形我真的不知道怎麼辦，自己的身體卻無法掌控，這個痛苦會持續折磨我到死嗎？」、3月12日「也不知道到底還剩多少時間了，只能過一天算一天，我怎麼會連睡覺都變成奢侈的要求了，前幾天做無痛胃鏡，是我這幾個月來睡最好的一次..」，住院期間觀察個案經常神情凝重、嘆氣。經上述評估，確立主要健康問題為：**焦慮／與初診斷即為癌症末期及對於疾病不確定性有關。**

三、社會層面：

個案家庭經濟小康，經濟來源為過往儲蓄及退休金，主要照顧者為案妻，家庭關係親密、相處融洽。案妻從事行政行業，兩名兒子皆於外

地工作，但時常會通話聯絡。個案對過去工程師的職業感自豪，於工作上獲得許多肯定及成就感，退休後多待於家中處理家務事，時常接待親友至家中聚會。每半年皆會與案妻至日本旅遊。經上述評估無此層面健康問題。

四、靈性層面：

個案信奉佛教，平時較少參與宗教活動或捐獻，3月8日主訴「我之前都沒有特別迷信宗教，但我最近請老婆去廟裡捐錢，希望能多多少少保佑我們家人，希望佛祖不要跟我計較過去很少去拜拜。」、3月9日觀察個案坐於床旁椅手持佛珠串並閱讀經書、3月10日主訴「可能是工程師實事求是的個性，之前對宗教沒有特別的熱誠，但現在我只希望神明能再多保佑我太太，我走了以後她一定要好好生活下去，就算一點點都好」、3月12日觀察個案坐於窗邊流淚、嘆氣，主訴「不知道人過往以後會怎麼樣，希望能不要再有病痛了..」。評估個案放不下或掛心之事，3月11日觀察個案緊握著案妻的手且眼眶含淚表示「其實我現在最放不下的就是我太太，她這陣子真的很辛苦，她一向很獨立堅強，很擔心我走了以後留下她面對這一切..」、3月15日主訴「我只想在走之前能跟我老婆再去一次日本，現在剛好是日本的櫻花季，粉色櫻花紛飛景色真的好美..」。經上述評估確立主要健康問題有靈性困擾／與對於死亡後去向感茫然及放不下親人有關。

陸、問題確立

綜合以上護理評估，歸納個案有疼痛／與胃癌合併骨轉移導致的疼痛有關、焦慮／與初診斷即為癌症末期及對於疾病不確定性有關、靈性困擾／與對於死亡後去向感茫然及放不下親人有關。

柒、護理計畫

| 問題一、疼痛／與胃癌合併骨轉移導致的疼痛有關 (3/3-4/3) | |
|----------------------------------|---|
| 主客觀資料 | <p>S1:3/3 主訴:「我什麼檢查都不想做!移動時背真的很痛!」</p> <p>S2:3/4 主訴:「我只有坐著或側躺才睡得著,妳知道我已經多久沒有平躺睡覺了嗎?只要平躺就算睡著也會一直醒來!」</p> <p>S3:3/5 主訴:「能不能請醫生再多開止痛藥,還是有沒有其他自費的藥多貴都沒關係!」</p> <p>S4:3/6 主訴:「幫我插導尿管,每次上廁所都生不如死的,你們能體會這種痛苦嗎?」</p> <p>S5:3/8 主訴:「我感覺有時候已經不只下背在痛,會延伸到兩隻腳,痛得要命!」</p> <p>S6:3/9 案妻:「妳知道嗎?他平常是很會忍痛的,真的痛到受不了他才會講,所以我沒辦法想像他這段時間有多痛。」</p> <p>O1:3/3 觀察個案雙眼緊閉、手扶背部且發出呻吟聲</p> <p>O2:3/4 觀察個案表情皺眉、抿唇</p> <p>O3:3/6 觀察個案張口發出哀嚎聲、拍打床墊</p> <p>O4:3/1~3/10 觀察個案夜間睡眠皆採半坐臥位</p> <p>O5:個案疼痛部位為下背部,疼痛性質為鈍痛及刀割痛,疼痛範圍會放射至雙下肢,未移動及靜止休息時下背疼痛分數為3至4分,移動或停止使用止痛藥物3小時後疼痛分數為6至8分,每次疼痛發作時會持續1至2小時,好發疼痛時機為晚間</p> |
| 護理目標 | <p>1.3/15前個案能說出並運用至少3種非藥物緩解疼痛方式</p> <p>2.3/20前以視覺類比量表評估個案疼痛分數能降為5分以下,且能主動表達疼痛程度於可忍受範圍內</p> <p>3.3/25前個案能平躺入睡,且夜眠中斷少於2次</p> |
| 護理措施 | <p>1-1 3/5 教導個案使用正念呼吸法,調整身體為放鬆的姿勢,觀察自然的呼吸節奏,逐漸讓呼吸變得平穩和深沉,並專注於呼吸上,感受空氣進入和離開鼻子或嘴巴的感覺以及胸部和腹部的起伏,當思緒飄忽時,不斷地將注意力帶回到呼吸上,接受思緒的出現,不加以評價,然後再次專注於呼吸,在冥想的過程中,可以逐漸擴展注意力,感受全身的感覺,包括身體的放鬆、緊張、舒適或不適等,接受當下的一切感受和想法,不試圖改變。</p> <p>1-2 3/6 與個案討論興趣及嗜好,個案表示喜愛日本文化,每晚睡前30分鐘以手機播放並聆聽日本演歌音樂</p> <p>1-3 3/10 轉介芳香治療師,提供具有舒緩疼痛效果的精油,個案偏好薰衣草及洋甘菊精油的味道,由治療師每週三次,每次30分鐘執行手部及足部按摩</p> <p>2-1 3/3~4/3 每班及每次執行治療前主動關懷個案,每4小時以視覺類比量表評估疼痛程度及感受並記錄</p> <p>2-2 3/3~4/3 隨時觀察個案有無痛苦特徵,如:皺眉、抿唇、雙眼緊閉等</p> <p>2-3 3/15 運用藥物指導單張向個案說明目前使用的止痛藥物的名稱、作用、可能的副作用及相關處理方式</p> <p>2-4 3/3~4/3 每次使用止痛藥物前及使用止痛藥物後30分鐘以視覺類比量表評估疼痛程度及感受並記錄</p> <p>2-5 3/15 與醫師討論及評估調整目前止痛藥物</p> |

| | |
|------|---|
| | <p>2-6 3/13~3/20 行放射線治療緩解疼痛，每週一至週五，每次 30 分鐘</p> <p>3-1 每日睡前主動關懷並評估使用止痛藥物需求</p> <p>3-2 3/10 教導睡前溫水泡腳 10 分鐘並塗抹乳液</p> <p>3-3 3/3-4/3 採集中式護理，減輕治療時的音量，夜間保持床頭燈關閉、拉上床簾，避免光線直接照射個案</p> |
| 護理評值 | <p>1-1 3/12 個案能正確執行正念呼吸法，主訴「我都有在練習正念呼吸，過程中心情會覺得比較平靜，有時會覺得沒那麼痛了。」</p> <p>1-2 3/13 個案夜間會主動使用平板、配戴耳機聆聽日本演歌，主訴「我真的很喜歡日本文化，覺得很優美，聽日本演歌的時候會讓我想到之前去日本旅遊的經驗，比較不會注意到疼痛。」</p> <p>1-3 3/15 個案能接受芳香治療師執行手部及足部穴位按摩，主訴「薰衣草及洋甘菊的味道蠻好聞的，有一種很放鬆的感覺，雖然背還是會痛，但是有轉移我的注意力，至少不會一直去想。」</p> <p>2-1 3/18 個案主訴「我現在比較知道怎麼與我的疼痛共存了，其實他還是會存在，但是疼痛的嚴重程度跟頻率沒有以前那麼嚴重了。」</p> <p>2-2 3/20~4/3 以視覺類比量表評估個案疼痛分數為 3~5 分</p> <p>3.觀察個案 3/24~7/3 皆能平躺入睡，中斷夜眠一次</p> <p>後續追蹤：個案於 4/3 因病程進展過世，於 3/25 護理評值後至 4/3 前皆有每日追蹤護理目標可達成</p> |

| | |
|--|--|
| 問題二、焦慮／與初診斷即為癌症末期及對於疾病不確定性有關 (3/3-4/3) | |
| 主客觀資料 | <p>S1:3/3 主訴「會不會是我摔倒的時候去壓到脊椎了，應該只是神經壓迫吧」</p> <p>S2:3/4 主訴「要不要再多做一些檢查，確定是癌症嗎？我生活都很規律的！過去身體都很健康」</p> <p>S3:3/7 主訴「打化療有辦法好嗎？我看到很多人打化療是越打越差，然後都打到死掉了，我放療做一做止痛就好了，是不是永遠都無法出院、無法正常生活了？」</p> <p>S4:3/8 主訴「我住院前本來要去銀行處理事務，現在被困在這裡哪裡都去不了」</p> <p>S5:3/10 主訴「我性子很急，是一個習慣有問題就要去解決的人，現在這種情形我真的不知道怎麼辦，自己的身體卻無法掌控，這個痛苦會持續折磨我到死嗎？」</p> <p>S6:3/12 「也不知道到底還剩多少時間了，只能過一天算一天，我怎麼會連睡覺都變成奢侈的要求了，前幾天做無痛胃鏡，是我這幾個月來睡最好的一次..」</p> <p>O1:3/3 評估個案心情溫度計第 1 至 5 題總分為 10 分、第 6 題為 1 分，其中第 2 題「感覺緊張不安」的分數為 3 分，屬於厲害程度情緒困擾</p> <p>O2:3/3 觀察個案頻頻以手機查詢疾病相關資訊</p> <p>O3:住院期間觀察個案經常神情凝重、嘆氣</p> |
| 護理目標 | <p>1.3/15前個案能說出並運用至少2種以上緩解焦慮方式</p> <p>2.3/20前評估個案心情溫度計第1至5題總分可降為5分以下、第6題為1分以下，且於第2題「感覺緊張不安」的分數降為1分以下，且主動表達自覺焦慮程度有下降</p> |
| 護理措施 | <p>1-1 3/6 教導個案識別自身焦慮的徵狀，如：搓揉雙手、反覆詢問同樣問題及頻頻用手機查詢資料</p> <p>1-2 3/8~4/3 鼓勵個案表達焦慮感受及焦慮的來源</p> <p>1-3 3/10 教導個案使用肌肉放鬆法，採取舒適姿勢，逐步放鬆身體各個部位的肌肉群，並專注於每個部位的放鬆及當下感受，並在每個步驟中深呼吸</p> <p>1-4 3/11 與個案討論平時的嗜好，個案表示自己對於汽車很有興趣，教導個案焦慮時可由病室窗口觀察醫院門口停車場的汽車品牌或計算停放的汽車數量</p> <p>2-1 每班及每次治療前主動關懷個案，並採用溫和的語氣，建立良好護病關係</p> <p>2-2 配合個案作息，與個案約定每日十時與個案會談，評估個案對自身病情掌握性，當個案對自身病情或治療不了解時，運用傾聽及同理技巧安撫個案，並與醫療團隊及家屬保持聯繫，適時向個案解釋目前病情及治療</p> |

| | |
|------|--|
| | <p>2-3 3/4~4/3 每日以心情溫度計評估個案情緒困擾程度，並記錄於評估表</p> <p>2-4 3/4 轉介腫瘤心理師，每週3次，每次45分鐘於協談室進行會談</p> <p>2-5 3/8 與醫師討論使用抗焦慮或精神藥物需求，於3/10新增 Aprazolam 0.5mg 1# PO HS</p> |
| 護理評值 | <p>1-1 3/13 主訴：「當我察覺到我開始不安焦慮時，我會閉上眼睛、開始放鬆我的肌肉，像妳之前教的那樣，我都有在練習，比較不會一直想東想西。」</p> <p>1-2 3/14 主訴：「妳看樓下那個停車場，我有發現門診時間大概會有 2/3 滿，到了晚上門診結束就只剩 10 台車以內了，還有那台白色的車每天都停同樣的位置，可能是醫院員工的車喔！」</p> <p>1-3 3/15 主訴：「確實我現在每天的嗜好之一是觀察醫院的停車場，可能是因為有事情忙吧，那個時候心情就會比較平靜。」</p> <p>2-1 3/15 主訴：「雖然我知道這個疾病最終很可能導致我死亡，而且壽命也不長了，但至少心裡有個底也比較好安排事情。」</p> <p>2-2 3/18 評估個案第 1 至 5 題總分可降為 3 分、第 6 題為 0 分，且於第 2 題「感覺緊張不安」的分數降為 1 分</p> <p>後續追蹤：個案於 4/3 因病程進展過世，於 3/20 護理評值後至 4/3 前皆有每日追蹤護理目標可達成</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| 問題三、靈性困擾／與對於死亡後去向感茫然及放不下親人有關(3/8-4/3) | |
| 主客觀資料 | <p>S1:3/8 主訴「我之前都沒有特別迷信宗教，但我最近請老婆去廟裡捐錢，希望能多多少少保佑我們家人，希望佛祖不要跟我計較過去很少去拜拜。」</p> <p>S2:3/10 主訴「可能是工程師實事求是的個性，之前對宗教沒有特別的熱誠，但現在我只希望神明能再多保佑我太太，我走了以後她一定要好好生活下去，就算一點點都好。」</p> <p>S3:3/11 主訴「其實我現在最放不下的就是我太太，她這陣子真的很辛苦，她一向很獨立堅強，很擔心我走了以後留下她面對這一切。」</p> <p>S4:3/15 主訴「不知道人過往以後會怎麼樣，希望能不要再有病痛了，我只想在走之前能跟我老婆再去一次日本，現在剛好是日本的櫻花季，粉色櫻花紛飛景色真的好美。」</p> <p>O1:3/9 觀察個案坐於床旁椅手持佛珠串並閱讀經書</p> <p>O2:3/11 觀察個案緊握著案妻的手且眼眶含淚</p> <p>O3:3/12 觀察個案坐於窗邊流淚、嘆氣</p> |
| 護理目標 | <p>1.3/20前個案能主動向護理師表達面對死亡之感受</p> <p>2.3/25前個案能主動表達已完成生命未了結之事</p> |
| 護理措施 | <p>1-1 3/8-4/3 每班主動關懷個案，會談深入了解個案面臨死亡的感受，傾聽及同理個案</p> <p>1-2 3/9 鼓勵個案可寫日記記錄內心感受，並向護理師分享</p> <p>1-3 3/8-4/3 當個案落淚或情緒低落時，提供個案心理支持，保持眼神接觸、適時點頭表達理解、輕拍肩膀，並說明哀傷情緒、流淚皆為正常反應，是可被理解的，不加以阻止或批判</p> <p>1-4 3/9-4/3 鼓勵個案尋求宗教支持，每日抄寫經文一篇及聆聽佛經 30 分鐘</p> <p>2-1 3/15 運用生命回顧法與個案確認目前未了結之事：(1)希望再去日本旅遊一次；(2)對於自己死亡後案妻是否能照顧自己感到擔憂</p> <p>2-2 針對未了結之事(1)希望再去日本旅遊一次希望再去日本旅遊一次：因個案身體狀況及安全性考量，與個案討論可行方案，於 3/23 將病室內佈置為日式風格，擺放日本風景畫於牆壁，將床單及棉被更換為個案家中習慣的日式風格款式，於房間內播放日本演歌，並使用平板播放日本實況轉播櫻花景色影片。</p> <p>2-3 針對未了結之事(2)對於自己死亡後案妻是否能照顧自己感到擔憂：3/20-4/3 鼓勵案妻及案子在個案身邊陪伴、給予情感支持及討論個案死亡後，家庭的應對方式</p> <p>2-4 於 3/9-4/3 由安寧共照師每週一至週五與個案會談</p> |

| | |
|------------------|---|
| 護 理 評 值 | <p>1-1 3/19 主訴：「我現在不會那麼害怕死亡了，人的生命就是一個輪迴，死後佛祖會帶領我去該去的地方。」</p> <p>1-2 3/20 主訴：「我相信一切都是最好的安排，應該就是我這輩子功課做完了，就當作是買了單程機票，去日本玩了，我也是這樣跟我老婆說的。」</p> <p>2-1 3/23 觀察個案面帶微笑，主訴：「其實我也知道現在身體這樣不能去日本，沒想到醫院會為我做到這個程度，真的很感動，也算圓了我一個心願了。」</p> <p>2-2 3/25 觀察個案、案妻及案子會談約 40 分鐘，彼此緊握雙手，個案流淚主訴「我相信我的兒子們可以好好照顧我老婆的，我都把他們教育的很好，我老婆也很堅強。」</p> <p>後續追蹤：個案於 4/3 因病程進展過世，於 3/25 護理評值後至 4/3 前皆有每日追蹤護理目標可達成</p> |
|------------------|---|

捌、討論與結論

本文照護為照護一位胃癌末期病人臨終之護理經驗，因疾病造成疼痛、焦慮及靈性困擾，筆者透過傾聽及同理會談技巧、芳香療法、正念冥想、呼吸練習及生命回顧法等護理措施，減輕病人疼痛程度、緩解病人對於疾病不確定性之焦慮，並能於臨終前了結心願。

照護期間因病人臨終心願希望能至日本旅遊，但身體疾病導致體力不足及飛航安全性，故筆者思考運用將病房環境營造日式風格及氣氛，滿足病人靈性需求，發揮護理師功能角色同理及滿足病人臨終需求，期望能運用於未來照護此類病人身上，以提升癌症末期病人身心靈全人照護，應盡病人及其照顧者生活品質。

參考資料

張慎儀、胡文郁、翁開誠、釋惠敏 (2014)·生命受威脅女性癌症病

人生命故事之敘事研究·安寧療護雜誌，19(1)，1-17。https://do

i.org/10.6537/TJHPC.2014.19(1).1

衛生福利部：111 年國人死因統計結果（2023 年 6 月 12 日）；取自 <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-74869-1.html>

Chapman, E. J., Edwards, Z., Boland, J. W., Maddocks, M., Fettes, L., Malia, C., Mulvey, M. R., & Bennett, M. I. (2020). Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliative medicine*, 34(4), 444–453. <https://doi.org/10.1177/0269216319896955>

Chau, I., Fuchs, C. S., Ohtsu, A., Barzi, A., Liepa, A. M., Cui, Z. L., Hsu, Y., & Al-Batran, S. E. (2019). Association of quality of life with disease characteristics and treatment outcomes in patients with advanced gastric cancer: Exploratory analysis of RAINBOW and REGARD phase III trials. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 107, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.11.013>

Farrar, A. J., & Farrar, F. C. (2020). Clinical Aromatherapy. *The Nursing clinics of North America*, 55(4), 489–504. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.015>

Grassi, L., Caruso, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland, D., Campos-Ródenas, R., Zachariae, R., Santini, D., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committ

- ee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO open*, 8(2), 101155. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155>
- Harada, K., Zhao, M., Shanbhag, N., Baba, H., & Ajani, J. A. (2020). Palliative care for advanced gastric cancer. *Expert review of anticancer therapy*, 20(7), 575–580. <https://doi.org/10.1080/14737140.2020.1781620>
- Kutlutürkan, S., & Urvaylıoğlu, A. E. (2019). Evaluation of Pain as A Fifth Vital Sign: Nurses' Opinions and Beliefs. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(1), 88–94. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_39_19
- Liao, Y. C., Liao, W. Y., Sun, J. L., Ko, J. C., & Yu, C. J. (2018). Psychological distress and coping strategies among women with incurable lung cancer: a qualitative study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(3), 989–996. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3919-x>
- Messina, G., Anania, S., Bonomo, C., Veneroni, L., Andreoli, A., Mamelì, F., Ortolina, C., De Fabritiis, P., Gaffuri, M., Imbesi, F.,

- & Moja, E. (2011). The importance of spirituality in supportive care. *International journal of yoga*, 4(1), 33–38. <https://doi.org/10.4103/0973-6131.78181>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rodriguez, C., Ji, M., Wang, H. L., Padhya, T., & McMillan, S. C. (2019). Cancer Pain and Quality of Life. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 21(2), 116–123. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000507>
- Swarm, R. A., Paice, J. A., Anghelescu, D. L., Are, M., Bruce, J. Y., Buga, S., Chwistek, M., Cleeland, C., Craig, D., Gafford, E., Greenlee, H., Hansen, E., Kamal, A. H., Kamdar, M. M., LeGrand, S., Mackey, S., McDowell, M. R., Moryl, N., Nabell, L. M., Nesbit, S., ... Gurski, L. A. (2019). Adult Cancer Pain,

Version 3.2019, *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*.

Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNC

CN, 17(8), 977–1007. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038>

Waldum, H., & Fossmark, R. (2021). Gastritis, Gastric Polyps and G

astric Cancer. *International journal of molecular sciences*, 22(1

2), 6548. <https://doi.org/10.3390/ijms22126548>

Zheng, X. Q., Wu, Y. H., Huang, J. F., & Wu, A. M. (2021). Neur

ophysiological mechanisms of cancer-induced bone pain. *Journal*

of advanced research, 35, 117–127. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2>

021.06.006