

提供一位癌症末期病人安寧療護之經驗

周佩君¹ 林素珍^{2*}

摘要：本文探討一位57歲晚期唾液腺癌個案安寧療護之照護經驗，護理期間自2017年6月1日至6月28日，依生理、心理、社會與靈性四大層面進行整體性的護理評估，確認個案主要有慢性疼痛、家庭運作過程失常與靈性困擾等三項健康問題。照護過程運用有效的疼痛處置穩定病人的身體狀況，轉介安寧共同照護團隊共同合作，協助個案與家人修復家庭關係，並協助完成眼角膜捐贈心願，尋找存在的意義並達成善終的過程。在臨床實務上建議可將眼角膜捐贈說明納入常規安寧照護衛教指導中，而對於照護方面，建議護理人員遇到類似個案除適時轉介相關醫療團隊外，平常亦可多參與器官捐贈的相關課程，培養正向態度及哀傷輔導技巧，以具備足夠的專業、信心、耐心及器官捐贈勸募技巧來照護此類病人，提升末期照護品質。期望藉此護理經驗分享，提供護理人員日後照顧癌症末期病人之參考。

關鍵詞：安寧療護、眼角膜捐贈、慢性疼痛、家庭運作過程失常、靈性困擾。

前言

癌症末期病人抗癌過程中飽受各種症狀、治療的折磨，再加上生命末期面臨死亡的威脅，往往造成心理上的恐懼和不安，對病人及家屬都會產生莫大衝擊，隨著身體日益衰敗，病人普遍擔心成為他人的負擔，對未來的不確定性加上擔心喪失尊嚴感、無望感、死亡焦慮或失去生存意願，會引發許多靈性的困擾(Chochinov, 2006)，因此幫助末期病人及其家庭面對死亡是相當重要的課題。

本文描述一位57歲晚期唾液腺腫瘤個案照護經驗，由於合併肺、淋巴、腹膜轉移導致疼痛難耐影響日常生活，更因疾病末期而造成病人生理及心理上極大的壓力，對於即將面臨的死亡而感到惶恐，

不知道存在的意義，加上家庭關係較為疏離，缺乏足夠的家庭支持系統，而引起筆者欲深入探討的動機，期望能運用安寧療護之照顧理念，透過團隊合作幫病人找尋生命的意義，提供個案及其家屬身、心、靈全面性的照顧，協助其共同面對死亡的課題，達到善終之目的。

文獻查證

一、頭頸部癌症末期疼痛及照護原則

頭頸部腫瘤病人於生命末期除了癌症相關的身體症狀外，常常還伴隨困難處理的議題，包括菸酒依賴以及復雜的心理社會問題等，需要多專科團隊共同協助照顧病人，在疼痛控制上鴉片類止痛劑仍是首選，若吞嚥功能未受影響，可以先從口服或水劑開始，逐步調整為長效型嗎啡；若無法吞嚥，可考慮皮下注射嗎啡，或使用頰、舌下或鼻內的鴉片類製劑(Cocks, Ah-See, Capel, & Taylor, 2016)。

癌症病人疼痛非僅單純來自生理性因素，還包括心理、靈性以及社會文化因素對疼痛的影響，護理人員應秉持全人照顧與整體疼痛的觀點，進行整體性疼痛評估，一起處理癌症病人身心靈之問題，並提供病人及家屬的疼痛教育訓練，澄清疼痛的錯誤觀念，以降低疼痛指數並提升止痛滿意度(胡等, 2011)。與止痛劑一起使用的非藥物止痛措施，主要目標是幫助病人恢復部分的身體功能、獲得對身體與環境的控制感、提高生活品質，其中物理治療方式可以由病人本身、家屬和醫療人員執行，包括低週波電刺激器(transcutaneous electrical nerve stimulation)、熱敷或冷敷、按摩和固定疼痛部位等方式，用意是增強而不是替代止痛藥物治療效果(Kumar, 2011)。經由實證發現，教導病人及家屬執行非侵入性護理疼痛處置—「按摩」有助於緩解癌症疼痛，以長而緩和之背部或全身按摩，搭配多種按摩手法使

接受刊載：107年6月21日

[https://doi.org/10.6224/JN.201810_65\(5\).13](https://doi.org/10.6224/JN.201810_65(5).13)

¹國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院護理部督導長 ²國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院護理部護理長

*通訊作者地址：林素珍 30059新竹市經國路一段442巷25號 電話：(03)5326151-5700；E-mail：sclin1@hch.gov.tw

用(如:觸摸法、擠壓、摩擦法、叩擊法),每次約10–30分鐘,儘量選擇較不會被醫療干擾之傍晚時段或睡前執行,讓個案較能放鬆的享受按摩之舒適感(簡、廖、李、林,2014)。

二、末期病人的靈性照護

癌症病人經驗各種生理、心理、社會及靈性上的痛苦與困境,特別容易激發出靈性的需求,高達9成以上的癌症病人表示有一種以上的靈性需求(Höcker, Krüll, Koch, & Mehnert, 2014)。越接近死亡的患者,越容易出現存在的痛苦(existential distress)之症狀,失去生活的意義與目標,並增加渴望提早死亡的想法(Lichtenthal et al., 2009)。靈性可以被定義為個人對生命的意義和目的的追尋,體會到生命存在的意義與價值,健全的靈性態度可以減少末期病人的心理衝擊,包括憂鬱、無助、失望與自殺意念等,進而減低對生命終期的絕望(McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003)。

靈性照護可藉由了解、同理、指引及成長等四個階段引導,建立治療性人際關係,帶領病人去思考自己與天、人、我、物等四面向的相互關係,重新賦予生命的正向意義(鄭、林、黃、韋、孫,2014)。另外可透過宗教信仰、靈性與臨終諮商的整合,從身體、情感、關係、認知等層面看待個案,促進個人朝向整體發展,改變個人對生命的覺察方式,協助個案尋求目標並且逐步接受自我即將死亡的事實(謝,2012)。

三、癌末眼角膜捐贈

預後的病情告知與生命末期照護的討論是進入生命末期安寧照護的重要課題,了解病人治療偏好的決定,更有助於讓病人被視為一個完整的整體(Walczak et al., 2014),器官捐贈為生命末期預立醫療自主計畫(advance care planning)的重要課題之一(Biondo et al., 2017)。研究也發現病人在生命末期會傾向認為能夠幫助他人是一個重要的考量(Steinhauser et al., 2000),在患者意識清醒時,協助與家人討論、思考器官捐贈事宜,將此行動化為愛的延續,豐富生命價值,也讓家屬感受到過程中的尊重與陪伴,重新創造生命價值與意義,支持病人與家屬對死亡的接受與昇華哀傷的情感(楊、林、楊、林,2014)。

惡性腫瘤病人由角膜捐贈轉移發生癌症的比率非常低,絕大多數的癌症病人都可以成為眼角膜的捐

贈者(López-Navidad, Soler, Caballero, Lerma, & Gris, 2007),對於癌症病人來說,角膜捐贈有使其對生命有更深刻的體認、能轉變面對死亡的態度、彷彿以另一種形式繼續活著等意義,經由醫師的病情告知,輔以社工或器捐協調師擔任催化的角色,並由醫療人員引導病人及家屬情緒的宣洩,對於面對生命末期的失落調適上,提供一個意義性的創造(蔡、高、洪、陳,2012)。捐贈者家庭成員普遍認為器捐的決定是正面的,可以從利他主義中獲得慰藉,並經由捐贈的過程與後續的關懷減緩失落的悲傷(Carey & Forbes, 2003)。

護理評估

一、個案簡介

個案為57歲男性,學歷為小學畢業,主要溝通語言為國語、台語,無特殊宗教信仰,離婚育有二男,過去曾擔任清潔工、漁工等工作,經濟狀況不穩定,主要醫療決策者為個案本人,住院期間由朋友與大兒子不固定時間提供照顧。

二、疾病及求醫過程

個案於2013年發現左頸腫塊約半年才至耳鼻喉科切片,確診為唾液腺癌併肺轉移,陸續接受化學治療,但由於療效不佳且副作用大,2014年7至12月間,病人開始拒絕治療並於同年12月曾自殺獲救,2015年因多處轉移更換化學治療藥物。現因疾病末期合併疼痛,於2017年6月1日入院進行安寧療護。

三、整體性護理

在照護期間藉由觀察、會談、直接照顧、病歷查閱、團隊討論及電話訪問等方式收集資料,依生理、心理、社會與靈性四大層面進行整體性護理評估,評估結果如下。

(一)生理層面

個案身高155公分,體重59.5公斤,身體質量指數(body mass index)為24.7 kg/m²,皮膚溫暖、無水腫,每日進食稀飯、細碎青菜、肉及水果,熱量一天約有1,200卡,水份攝取一天約1,000 ml,住院期間使用Amino fluid一天一包(1,000 ml可提供420 kcal/day)。排尿每天約900 ml,每二天排便一次。白天大多臥床休息,晚上因疼痛導致睡眠品質不佳,自2016年7–8月開始出現腰、背疼痛情形,日益加重,

住院期間常抱怨：「背跟腰都好痛好痛」、「我不喜歡坐著，坐不到五分鐘，就覺得下背部不舒服」、「之前吃止痛藥有效，最近吃都沒有效。」，使用疼痛十分量表評估疼痛指數為8分，持續時間快一年且日益嚴重，翻身及活動時會有呻吟情形。因雙側肺部皆有多處轉移結節，活動時呼吸會自20次/分上升至24-30次/分，但血氧飽和濃度為98-99%，無發紺，大多臥床休息，日常生活需他人協助。

(二)心理層面

個案過去生活過得一直很辛苦，罹癌後更引發憂鬱症，曾自殺未遂，個案入院時表示：「如果是在等死，不論在哪兒都沒有希望，那住什麼病房也沒有差別了」、「我這一年一直反覆住院，治療也都沒有效果，我已經沒有希望了」、「唉(嘆氣)，身體愈來愈不行，活著好像沒有什麼意義…」，觀察個案住院期間常獨自一人面對天花板或牆壁，眼神空洞、不發一語，也不太願意多說話，對於醫護人員的問話大多僅以點頭、搖頭來表示，缺乏主動說話、鮮少提出意見。

(三)社會層面

個案在家排行老大，對於家庭關係曾表示：「父親愛喝酒、脾氣不好，因外遇離家2年後父母離婚…母親一個人帶3個孩子，日子過得很辛苦，無法供我們唸書…，所以我很早就出社會來工作。」，個案自己也因為妻子外遇而離婚、工作不穩定，並養成喝酒、吸菸、賭博的習慣，也曾對二個孩子暴力相向，小兒子成年後加入幫派並吸毒，逐漸與個案失去聯絡。個案罹病後不敢告訴家人，一直是自己就醫、自己照顧自己，直到上次住院才不得不告訴大兒子，但尚未讓個案的母親知道病況。大兒子知道病情後回到病人身邊照料，但持續連絡不上小兒子，個案表示：「已有10年未與小兒子聯繫，臨死前真的很想見一面…」、「我不敢讓80多歲的媽媽知道自己的病…覺得自己很不孝、對孩子很虧欠…」，家人之間的關係較為疏離，無法一起討論治療相關議題，對於後續照護與善終的準備沒有一致的想法。

(四)靈性層面

原生家庭信仰道教，但個案過去僅偶爾會到寺廟參拜，並無特別的信仰，向護理人員表示「從沒想過這個(死亡)，沒有想過要如何面對」、「身體疼痛真的很不舒服，會不會痛到走掉?」、「這些日子真的很痛苦也很累，希望能減輕痛苦」，但因家人間未曾討論到死亡的議題，個案僅能獨自面對死亡的恐懼，常顯得淡漠、無奈，睡夢常會驚醒，不知道自己生命的意義，覺得老天爺對自己很不公平，個案說：「老天爺

好像一直在捉弄我…不僅日子一直都過得很苦，現在…好像連死也不得好死」、「我覺得很對不起家人，不敢和家人討論以後的事(指死亡)」。

問題確立

綜合以上的護理評估，發現因腫瘤與轉移侵犯組織，且疼痛時間超過6個月，生理層面存在有「慢性疼痛」之健康問題；而因為長期的家庭問題、親密關係障礙，導致社會層面存有「家庭運作過程失常」之健康問題；面臨癌症末期死亡的威脅，個案出現恐懼、不知道存在的意義的反應，在心理及靈性層面有「靈性困擾」之健康問題。

護理措施與評估

一、疼痛／與腫瘤轉移侵犯組織有關

護理目標設定為6/10前病人疼痛指數降至三分以下，護理措施包括：(一)每班主動關懷並每4小時以疼痛數字量表評估疼痛感受並記錄；(二)與醫師討論疼痛用藥劑量與頻率；(三)鼓勵描述疼痛感受、同理傾聽；(四)提供嗎啡類藥物使用相關護理指導與衛教單張，告知可能的副作用與處理，減輕其不安；(五)每2小時採輕柔的方式協助翻身擺位，利用翻身枕、L型枕支托腰部及背部，並將身體空隙塞滿柔軟枕頭，提供支撐；(六)教導放鬆技巧配合深呼吸運動，告知疼痛時可深呼吸及以噘嘴式緩慢吐氣放鬆；(七)每日執行3-4次被動關節運動，且於每次活動前依醫囑給予止痛劑及局部熱敷放鬆肌肉，以減緩過程中的不適感；(八)每日睡覺前指導家屬協助坐於床邊溫水泡腳10分鐘與背部按摩15分鐘，並塗抹溫和乳液促舒適；(九)運用低週波電流刺激背部表皮神經，每日10-15分鐘。

【評值】6/2於休息時疼痛指數約3-4分，但協助翻身時疼痛會增加至6分，調整改Morphine針劑使用後，逐量增加中並持續觀察疼痛變化情形；6/10後於休息時無疼痛，協助翻身、移位時疼痛指數能控制在3分以下。

二、家庭運作過程失常／與長期的家庭問題、親密關係障礙有關

護理目標設定為6/25前病人能與家人一同討論生命末期照護喜好，護理措施包括：(一)三班持續觀

察、瞭解家庭關係結構及運作模式，持續關切個案及其家人的心理及情緒變化；(二)6/2轉介安寧共同照護團隊協助照護，協助引導家人進行有效溝通，約定家庭會議時間一起討論，鼓勵共同面對問題並達成照護共識、減輕焦慮；(三)6/5請大兒子安排祖母到院，由醫療團隊協助說明病情，並深入會談了解原生家庭與家庭關係，鼓勵表達想法及感受，予傾聽、陪伴及接受其想法；(四)6/6召開家庭會議，共同討論照顧目標及所需之協助，說明病況及安寧照護理念，提供「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」並進行說明；(五)照護過程持續鼓勵個案與家人表達愛與關懷，以過去的照片一同回顧年輕時的時光，藉由討論過去發生的事件，如慶生會、旅遊等，鼓勵雙方適時說出「我愛你」、「對不起」、「謝謝你」等話語，肯定病人過去對家庭的貢獻；(六)6/25由社工師協助尋得個案的小兒子到病房探視個案，鼓勵彼此說出心中的感受。

【評值】6/6個案簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，並由大兒子與個案母親擔任見證人完成簽署，個案向母親、大兒子說對不起、未能好好照顧母親終老，母親與大兒子也表達關愛與不捨；6/25個案的小兒子到病房探視，雖然二者未有過多的交談，但小兒子與大兒子交換連絡方式並聽完病況的說明，病人亦交代大兒子傳訊息給小兒子，向其說對不起。

三、靈性困擾／與面臨死亡有恐懼、不知道存在的意義有關

護理目標設定為6/25前病人能與家人一同進行死亡的準備，完成臨終心願，護理措施包括：(一)積極處理個案生理症狀，引導個案了解身體的變化並漸進式提供癌症末期資訊，使其接受病情變化；(二)會談過程同理病人這些日子以來所承受之事是很辛苦的，鼓勵個案及家庭成員表達想法及感受，予傾聽、陪伴及接受，運用了解、同理、指引及成長等四個階段引導說出心理感受；(三)轉介安寧共同護理師共同協助進行善終準備，討論安寧照護方式並提供眼角膜捐贈、大體捐贈的資訊；(四)利用午後15分鐘時間，由宗教師帶領病人及家屬朗讀佛經，尋求心靈平靜與寄託；(五)告知院內佛堂的位置，鼓勵可至佛堂進行參拜，並提供唸佛機使用；(六)6/6聯絡社工師與個案、大兒子、母親討論有關捐贈眼角膜相關問題及流程，並協助簽妥器官眼角膜捐贈

同意書；(七)6/7起啟動院內器官移植小組及會診眼科，進行角膜捐贈評估、抽血檢驗。

【評值】6/6病人表達出有想捐眼角膜的心願，認為捐眼角膜可以提升生命意義，讓自己對於死亡有不同的想法，可以不再那麼害怕，大兒子也肯定病人的想法，並說出這樣幫助別人也是一種愛的延續；病人於6/28平靜往生，團隊即時聯絡器官捐贈小組完成眼角膜摘取手術，引導家屬及友人表達對病人的情感，肯定病人對他人的付出。

討論與結論

本文分享一位57歲唾液腺癌男性末期照護經驗，面臨慢性疼痛、家庭運作過程失常與靈性困擾之健康問題，提供癌症疼痛控制策略，減輕其身體的不適；運用安寧照護協助個案與家人修復家庭關係，最終能向母親、大兒子、小兒子說對不起，家人也能相互表達關愛與不捨；並協助完成眼角膜捐贈心願，幫助尋找其存在的意義，肯定其對家庭與社會的貢獻，終能達成善終的過程。

中老年人面臨生命末期照護的偏好包括：維持身體的舒適感、避免不適當的延長死亡過程、維護靈性需求與宗教信仰、避免成為家庭負擔、避免昂貴的照護、由可信賴的醫生照顧、保持對醫療照護決定的控制權、獲得成就感 (Malhotra, Chan, Do, Malhotra, & Goh, 2012)，而憂鬱和無望感會增進末期病人想要快速死亡的渴望 (Rodin et al., 2009)。個案過去面臨抗癌治療的療效不彰，引發曾想要結束生命的意念，起初很難放下心房與醫護人員溝通，加上家庭支持系統不足，造成照護的過程中有許多限制，所幸透過團隊合作提供安寧照護，考量其生命末期照護的偏好提供身心靈的照護並協助器官捐贈心願的進行，陪伴病人一起思索生命的意義，藉由心願完成的過程中，鼓勵病人與家屬重新連結家庭的力量，並經由眼角膜捐贈象徵愛的延續，豐富生命的價值。

透過器官捐贈的心願的完成，呼應安寧療護的生者心安、死者靈安之最終目的，既可引導末期病人找到生命的意義，同時亦讓家屬在面對哀傷的調適中，找到一份正向的支持力量。建議在臨床實務上可將眼角膜捐贈說明納入常規安寧照護衛教指導中，使每位病人及家屬都能獲得有相關訊息的機會，而對於照護方面，建議護理人員遇到類似個案除適時轉介相關醫療團隊外，平常亦可多參與器官捐贈的相關課

程，培養正向態度及哀傷輔導技巧，以具備足夠的專業、信心、耐心及器捐勸募技巧來照護此類病人。

參考文獻

- 胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃瀚心、陳幼貴 (2011)·成人癌症疼痛臨床照護指引·*腫瘤護理雜誌*，11(增訂刊)，87-127。[Hu, W. Y., Chen, W. Y., Lo, S. F., Chen, S. Y., Huang, H. S., & Chen, Y. K. (2011). Clinical practice guideline on pain control in adult cancer patients. *The Journal of Oncology Nursing*, 11(Suppl.), 87-127.]
- 楊雪玲、林純霖、楊思憶、林維君 (2014)·一位大腸癌末期病人之臨終照護經驗：眼角膜捐贈的心願完成·*安寧療護雜誌*，19(2)，181-192。[Yang, H. L., Lin, C. L., Yang, S. Y., & Lin, W. C. (2014). The experience of end of life care for a patient with colorectal cancer: Fulfilling the final wish of cornea donation. *Taiwan Journal of Hospice Palliative Care*, 19(2), 181-192.] [https://doi.org/10.6537/TJHPC.2014.19\(2\).6](https://doi.org/10.6537/TJHPC.2014.19(2).6)
- 蔡惠芳、高偉堯、洪東源、陳佳宏 (2012)·安寧療護與器官捐贈結合運用之經驗·*安寧療護雜誌*，17(1)，76-85。[Tsai, H. F., Kao, W. Y., Hueng, D. Y., & Chen, J. H. (2012). Mutual use of the experience of hospice care and organ donation. *Taiwan Journal of Hospice Palliative Care*, 17(1), 76-85.] [https://doi.org/10.6537/TJHPC.2012.17\(1\).6](https://doi.org/10.6537/TJHPC.2012.17(1).6)
- 鄭如芬、林雅卿、黃百后、韋至信、孫嘉玲 (2014)·癌症末期病人靈性照護模式·*護理雜誌*，61(6)，93-97。[Cheng, J. F., Lin, Y. C., Huang, P. H., Wei, C. H., & Sun, J. L. (2014). Spiritual care model for terminal cancer patients. *The Journal of Nursing*, 61(6), 93-97.] <https://doi.org/10.6224/JN.61.6.93>
- 謝蕙欣 (2012)·宗教信仰、靈性與臨終諮商之整合·*諮商與輔導*，319，2-7。[Hsieh, H. H. (2012). Integrating religion, spirituality and end-of-life counseling. *Counseling & Guidance*, 319, 2-7.] <https://doi.org/10.29837/CG.201207.0001>
- 簡淑慧、廖美南、李淑慧、林永昌 (2014)·從實證觀點談「按摩處置」對於癌痛病人之成效·*護理雜誌*，61(6)，23-28。[Jane, S. W., Liao, M. N., Lee, S. H., & Lin, Y. C. (2014). The effects of a massage intervention in patients with cancer pain: An evidence-based approach. *The Journal of Nursing*, 61(6), 23-28.] <https://doi.org/10.6224/JN.61.6.23>
- Biondo, P. D., Kalia, R., Khan, R.-A., Asghar, N., Banerjee, C., Boulton, D., ... Simon, J. E. (2017). Understanding advance care planning within the South Asian community. *Health Expectations*, 20(5), 911-919. <https://doi.org/10.1111/hex.12531>
- Carey, I., & Forbes, K. (2003). The experiences of donor families in the hospice. *Palliative Medicine*, 17(3), 241-247. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm694oa>
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(2), 84-103. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.84>
- Cocks, H., Ah-See, K., Capel, M., & Taylor, P. (2016). Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*, 130(2, Suppl.), S198-S207. <https://doi.org/10.1017/S0022215116000633>
- Höcker, A., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2014). Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23(6), 786-794. <https://doi.org/10.1111/ecc.12200>
- Kumar, S. P. (2011). Cancer pain: A critical review of mechanism-based classification and physical therapy management in palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(2), 116-126. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.84532>
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., & Prigerson, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology*, 18(1), 50-61. <https://doi.org/10.1002/pon.1371>
- López-Navidad, A., Soler, N., Caballero, F., Lerma, E., & Gris, Ó. (2007). Corneal transplantations from donors with cancer. *Transplantation*, 83(10), 1345-1350. <https://doi.org/10.1097/01.tp.0000264199.31913.75>
- Malhotra, C., Chan, A., Do, Y. K., Malhotra, R., & Goh, C. (2012). Good end-of-life care: Perspectives of middle-aged and older Singaporeans. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 252-263. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.007>
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-1607.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13310-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7)

Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine*, 68(3), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians,

and other care providers. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476–2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>

Walczak, A., Butow, P. N., Clayton, J. M., Tattersall, M. H. N., Davidson, P. M., Young, J., & Epstein, R. M. (2014). Discussing prognosis and end-of-life care in the final year of life: A randomised controlled trial of a nurse-led communication support programme for patients and caregivers. *BMJ Open*, 4(6), e005745. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005745>

引用格式 周佩君、林素珍(2018)·提供一位癌症末期病人安寧療護之經驗·護理雜誌, 65(5), 105–111。[Chou, P. C., & Lin, S. C. (2018). An experience providing hospice care to a terminal cancer patient. *The Journal of Nursing*, 65(5), 105–111.] [https://doi.org/10.6224/JN.201810_65\(5\).13](https://doi.org/10.6224/JN.201810_65(5).13)

An Experience Providing Hospice Care to a Terminal Cancer Patient

Pei-Chun CHOU¹ • Su-Chen LIN^{2*}

ABSTRACT: This study discusses a case in which corneal-donation care was provided to a 57-year-old patient with terminal salivary gland cancer. Nursing care was provided from June 1 to June 28, 2017. The overall nursing assessment (covering physiological, psychological, social, and spiritual aspects) confirmed that the three main issues faced by the patient were chronic pain, dysfunctional family processes, and spiritual disturbances. Effective pain treatment was applied during the care process in order to stabilize the patient's physical condition. A hospice shared care team then worked together to help the patient mend his relationships with family members, fulfill his wish to donate his cornea, find meaning in his life, affirm his contribution to his family and society, and die a peaceful death. With regard to clinical practice, an explanation of corneal donation should be included in the conventional educational guidelines for hospice care. In addition to referrals to the relevant medical teams, it is recommended that nursing personnel who deal with patients like this participate in organ donation courses and develop positive attitudes and grief counseling skills. These actions will enable them to build up the professionalism, confidence, patience, and organ procurement-related skills required for the provision of care to these patients, which will in turn lead to better-quality palliative care. It is hoped that the nursing experience shared herein provides nursing personnel with a reference for palliative cancer care.

Key Words: hospice care, corneal donation, chronic pain, dysfunctional family processes, spiritual disturbances.

Accepted for publication: June 21, 2018

¹MSN, RN, Supervisor, Department of Nursing, National Taiwan University Hospital, Hsinchu Branch; ²BSN, RN, Head Nurse, Department of Nursing, National Taiwan University Hospital, Hsinchu Branch.

*Address correspondence to: Su-Chen LIN, No. 25, Lane 442, Sec. 1, Jingguo Rd., Hsinchu City 30059, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (3) 5326151 ext. 5700; E-mail: sclin1@hch.gov.tw