

個案報告



護理系四年級 楊俊英

假如你是一位病重的病人，可是却没人告訴你實際的情形，你的感覺會是如何？

你護理這樣的病人，你會用什麼樣的態度去面對他？

一、前言

Imara 曾描述死亡——

死亡是一段漫長辛苦的旅程，幾乎沒有人期待它的來臨，所害怕的是最後的分離，就像睡著却没有夢，漫長無盡，却不再有人與人之間的關懷與溝通，而這是人類所最難面對的！

尤其是發生在意氣風發的年輕時代

二、基本資料

- (一)姓名：楊 * *
- (二)性別：男
- (三)年齡：25歲
- (四)籍貫：台北縣
- (五)語言：國，台語
- (六)學歷：輔大生物系
- (七)職業：中研院研究員
- (八)宗教：佛

story

story

story

story

三、住院經過：

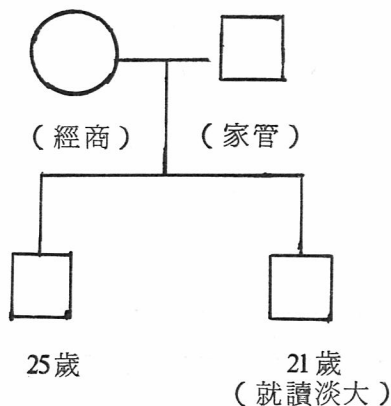
(九)診斷：

1. Chronic hepatitis submassive & necrosis.
2. Chronic active hepatitis.
3. UGI bleeding with varicose vein of esophagia low 1/3 & at antrum & body with erosion gastritis.

(+)住院日期：9/13

(+)護理日期：9/24, 25, 26; 10/1, 2, 8, 9, 15, 16, 17, 22, 23 (共12天)但不是連續性。

(+)家庭樹：



(+)主要照顧者：

1. 案母
2. 案阿姨——退休護士

(-)過去病史：

大三那年在捐血時，發現自己是一名B型肝炎的帶原者，因自恃自己學過生物，對它還算了解，知其可嚴重可不嚴重，也就不在意，誰曉得當兵後因過於操勞，以致在78年因急性肝炎而住進三總，當時發病的前兆，只是容易覺得疲倦，而不以為意，還是案母強迫他要接受檢查，才發現GOT, GPT的指數已高達一千多。

(-)現在病史：

經個案追溯發現，可能因今年七月(79年7月)退伍後在中研院工作將近一個月，因尚在認識環境階段，也就格外用心認真工作，而忽略了自己的身體，當發現自己又變得極容易疲倦，甚至昏睡，到醫院檢查時，已被診斷為「慢性肝炎亞急性復發」了！

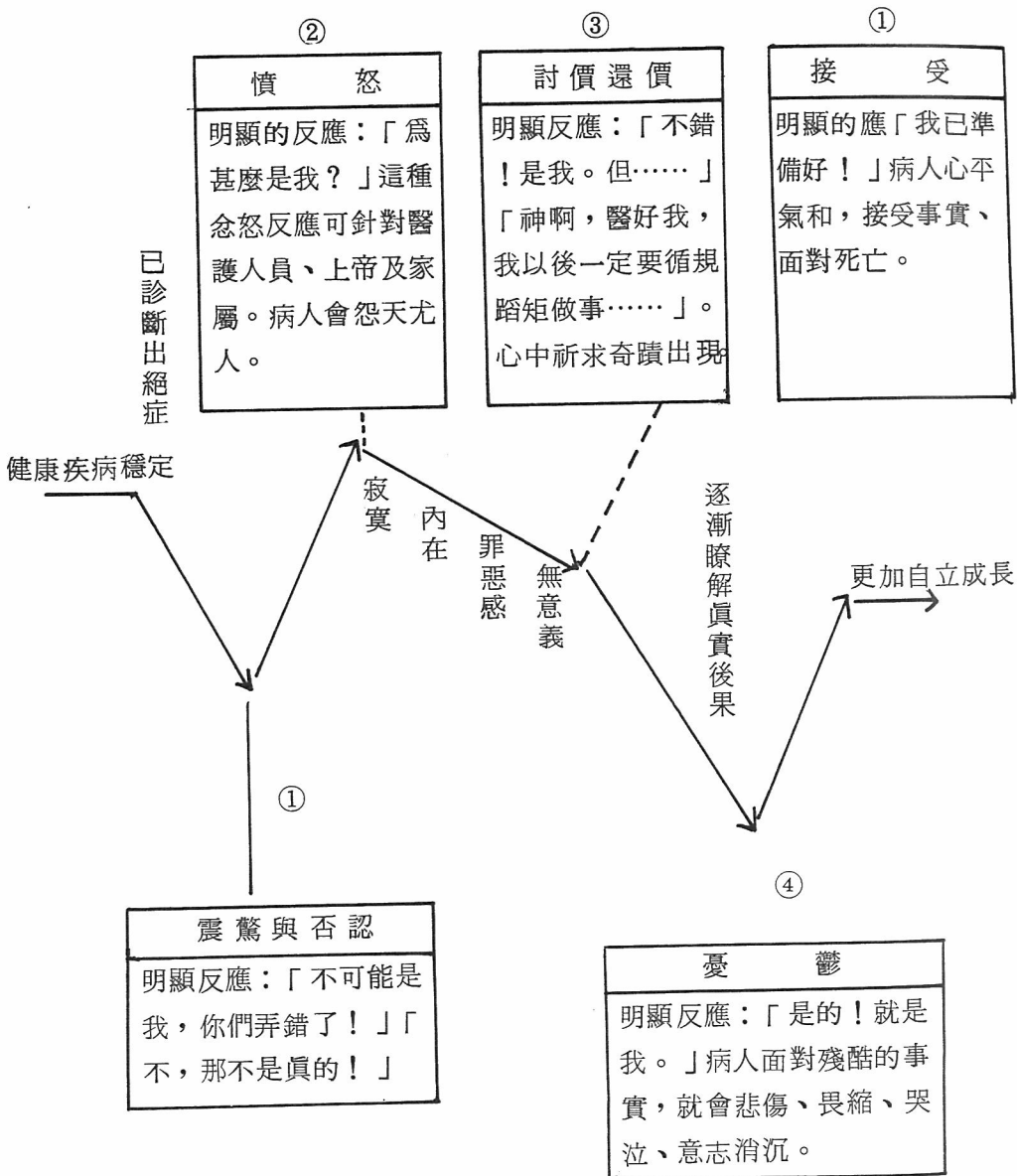
住院期間，病情極不穩定，除了GOT, GPT上升外，Ammonia, Bilirubin等指標也嚴重上升，末期更出現G-I Bleeding與Ascites。醫師們雖極力救治，但仍無法挽回這條年輕寶貴的生命，11月5日他去世了！

四、理論架構：

許多西方研究者對瀕死病人的心理做探討，最常被引用的是庫柏勒 - 羅斯 (kubler-Ross) 1969 年在“ On Death and Dying ”一書中，把絕症病人獲知病情到臨終時的心理反應過程，分成五個階段，而黃天中博士則認為尚未進入否認期之前，幾乎每個社會都存有忌諱期，尤其在中國社會裏更是常見。

忌諱期：所謂忌諱期，廣義來說就是指一般人平日視死亡有關的言論為禁忌，對死亡的知識太少，導致自己或親人面臨死亡時，感到手足無措，不知如何調適自己心態或持何種態度去對待親人，就狹義的來說，忌諱期是病人已患絕症，而家屬及醫護人員沒有把實情告訴病人的階段。

以下是Kubler-Ross 的臨終死亡五個階段：



五對案母出現之行爲分析及護理：

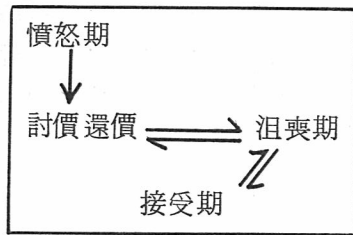
悲傷過程	行爲反應	護理措施
忌諱期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 案母已確實獲悉病人的疾病是一種不可逆的疾病且隨時都有喪子的可能時，其呈現的處理方式是： <ol style="list-style-type: none"> (1) 不告訴病人實際的病情。 (2) 希望護理人員不要在 bed side 交班。 (3) 在醫師察房予案母說明病情變化後，再予個案說明解釋時，案母會立即說：「謝謝！謝謝！他是學生物的，他自己都知道啦！」意喻 <ol style="list-style-type: none"> a. 希望病人能多休息，不讓他有機會想別的事。 b. 害怕醫師說了一些她不希望讓病人得到的訊息。 2. 在兒子面前會強壓抑自己沮喪的心情而強顏歡笑。 3. 與病人談話前，案母均會事先告示不可告知病情；與病人談話時，會在旁邊聽。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 接受案母的行爲反應，並暫時配合其要求。因為處於介紹期。 2. 鼓勵案母說出她的感受，並對案母表示關心及予心理支持。
憤怒期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 慢慢地會描述過去的情形，會在稱讚自己的兒子有多好後，開始埋怨兒子不愛護身體，接著怨恨「都是當兵惹的禍」。 2. 會挑剔或拒絕治療或護理的執行方式， eg: IV Line 中的小氣泡；爲什麼要 IV push. 3. 會在私底下批評醫師的醫術，也會詢問那一家醫院或醫師是這方面的專家。 4. 同樣的也會對於侵襲性的治療，案母會堅持拒絕且情緒稍顯激動。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 傾聽案母的感受，允許其以任何方式抒解情緒。 2. 鼓勵案阿姨發揮其角色功能，提供案母情緒支持。 3. 於執行必要的侵襲性治療前，與案母解釋說明之。

<p>討價還價期</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經常請案阿姨與醫師討論病人的病情，試圖獲得醫師的保證。 2. 對病人所接受的各項檢查與治療，會很關心其結果，包括BT, BP. 經常在無意間向病人說道：「只要我們努力、堅強、有信心，與醫師合作，一定會好起來的。」 3. 案母曾委託案阿姨及親戚四處求神拜佛，求得神符置於床旁桌，病人的腹部亦蓋有神符的記號；曾聽案母說，只要病人能好轉，他願更虔誠拜佛。 4. 會限制訪客，請訪客不要過度干擾病人休息。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同理母親期待奇蹟出現的心情，並與案母一起祈禱。 2. 於適當時機與案母說明病人不久人世的事實，並表達護理人員亦期望病人能安詳舒適離世的心情。 3. 暗示他確實不久於人世。
<p>沮喪期</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 呈現反覆無常的情緒，常隨病人病情變化而起伏不定： <ol style="list-style-type: none"> a. 經常坐立不安，在 bed side 可見病人坐一會兒就會起。 b. 經常感到無助，想幫忙又幫不上忙，心裏實在難過。 2. 在與醫師討論後，只要得到不利的訊息，就會忍不住的哭泣。 3. 只要病人的病況一不穩定，就可見到在床旁的案母皺眉沉思、掉淚和放在一旁未曾動過的飯菜。 4. 有時可見案母面無表情的望著窗外沉思。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確認其沮喪程度。 2. 鼓勵其他親人協助照顧病人，並陪伴案母共度此期。 3. 向案母說明自我照顧的重要，每天安排一段時間陪伴案母。 4. 指導案母學習相關知識及技術，使其產生自信並予正向回饋。
<p>接受期</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 向案阿姨表示：「他走了也好，對他反而是一種解脫；就算這次病好了，也很容易再復發，我不可能照顧他一輩子的。」 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 讓案阿姨了解案母與病人說出彼此感受的正面價值。 2. 鼓勵案母與病人面對面溝通，說出彼此的感受。 3. 鼓勵案母與病人分享、討論病人的願望。

分析：

震驚，否認

忌諱期



• • Aldrich 表示：家人的否認時間常比病人還長，主要是因為成員之間愛恨交集 (ambivalence) 的矛盾感覺，為何有此感覺？部分原因是因為預期的失落中仍帶有希望的成份，另一方面是因為病人還活著，因此必需想辦法幫他，花更多的時間陪他，尋求名醫救他，如果不採取這些行動或者接受他的死亡，那罪惡感將隨之產生……，這就是為什麼案母會出現「過度保護」的原因了。

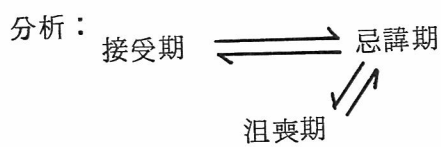
六與病人的互動過程：

1. 由於案母之故，在照顧病人的層次上，前三週都只觸及病人的生理問題，直到病人胃出血，護生藉向案阿姨分析造成病人胃出血的可能原因—乃對病人而言存有多重的壓力源，試圖讓其了解抒發病人的情緒對病人而言是有幫助的。這才在案阿姨的協助下取得案母的認同，允許護生與病人作深入的交談。
2. 與病人交談後得知——
 - (1) 病人過去處理壓力挫折的方式是採取「這條路不通，再找另一條路」的想法來調適自己的挫折感，自認是個樂觀的人，對於自己的疾病進展深具信心。
 - (2) 自認以前是以「人生以服務為目的」為人生觀的人，凡事幫助別人以「盡力而為」為前提，生病後則認為應先照顧好自己，有能力再想別的！

七對病人的行為分析及護理：

悲傷過程	行 為 反 應	護 理 措 施
接受期	1. 至目前為止仍承受「隨遇而安」或「積極進取」的衝突壓力，但會盡量調適，也盡力配合醫師的治療，曾告訴案母「吃也脹，不吃也脹，那倒不如多吃一點好了。」	1. 協助案母與病人共同面對死亡。 2. 與病人討論當必須面對死亡時他的期望。
忌諱期	1. 會試圖壓抑自己的不適與沮喪，以免周遭的人傷心難過。	1. 當案母不在時提供可以抒發感受的機會。

<p>沮喪期</p>	<p>1. 「會感到很『煩』，尤其當想吃又吃不下，點滴處又痛得要命，又持續地拉肚子時，著實令人不適又無可奈何」——病人如此說！</p> <p>2. 曾主訴「全身不適腫得這麼厲害，又想不出有什麼可以解決的方法，要是沒有辦法可以治，時間拖長一點也無所謂，可是偏偏又想不出什麼辦法，實在好煩。」</p>	<p>1. 傾聽病人的感受。</p> <p>2. 比較每日進步之處以鼓勵之。</p> <p>3. 確認病人沮喪程度，是否會出現不良行為，增加陪伴時間。</p>
------------	--	---



**** 結論：**

1. 面對正遭遇瀕死的病人及家屬要真正同理他們的感受，並做到真正的接受，意即不要強迫他們遵從醫護人員的期望一死亡。
2. 目前國內醫護人員對於「要不要向病人宣佈即將瀕死」，多先徵求家屬同意再作決定，原因是一方面要尊重家屬的決定，一方面則是醫護人也顧慮到病人面臨死亡是否會有負向的行為，往往擔心說出事情真象後，病人會因承受不住而更趨近死亡，但對於此種「心裏有數」的個案，如果大家都避而不談，不但造成彼此的心裏負擔，病人也會走得辛苦而孤獨！

因此身為護理人員必須先克服本有的心理壓力，讓病人能安詳地走，除了在疾病末期儘量使病人的生理獲得舒適外，亦要讓其有機會使其說出心理的感受，減輕其壓力，即使病人以哭鬧來宣洩其情緒，亦是我們所必需面對的，如此之後，病人反而更能平靜清晰地面對或接受死亡。

3. 在此引述黃天中博士「臨終關懷」一書中的一段話——就在醫師通知病人瀕死消息後不久來處理病人的感受最好，假如等到病人非常衰弱或接近死亡時再加以輔導，這輔導對病人和家屬更健康的關係上較會產生困難。

因為愈是瀕臨末期，身為醫護人員的我們愈不忍心也愈沒有勇氣告知病人，甚至沒有勇氣再傾聽病人的感受而造成遺憾。

*雖然我的經驗不是一次很成功的經驗，但我還是希望和大家分享，以我作借鏡，只要大家突破心理障礙，不要害怕說錯話。即使不能與病人坦然地討論死亡的問題，也應該提供機會讓他說出心理感受。如果大家避而不談，那就沒有人去分擔他的感受。

** 參考資料：

1. 黃天中，(1988) 臨終關懷，(初版)，台北：業強，34-50 頁。
2. 徐畢卿等譯，(1986)，健康與疾病行為之護理，(三版)，台北：文軒，351-382 頁。
3. 盧美秀，(1987)，護理診斷—概念與臨床應用，(三版)，台北：華杏，242 頁。
4. 盧美秀，(1985)，實用護理診斷，(再版)，台北：華杏，384-406 頁。
5. 胡月娟等譯，(1988)，基礎護理，(初版)，台北：華杏，189-207 頁。

