

癌末血液透析病人的安寧療護

劉月敏 馬麗卿 謝湘俐*

摘要

安寧療護是一種以滿足病人需求為導向的全方位照護。在臨床上所做之多項研究証實，對於提昇病人尊嚴及生活品質，有其在醫療上相輔相成之效果。安寧療護秉持全人、全程、全家、全隊的全方位人性照護理念，對於癌末血液透析臨終患者，提供身心靈照護，幫助病人減輕疼痛不適、降低死亡恐懼及有意義的生命回顧、讓病人活得有尊嚴，並獲得善終。有鑒於安寧照護在癌末血液透析病人有其不可忽視之療效，故本文藉由介紹安寧療護之概念及其在癌末血液透析病人的照護需求，企盼護理人員於執行護理措施之際，能結合安寧療護於癌末血液透析病人，相信在病人照護的品質上更能達到整體全方位人性之照護。

關鍵詞：癌症末期、血液透析、安寧療護

前言

血液透析病人，所面臨的是遙遙無期的透析治療及許多生理、心理、社會等諸多層面的壓力與衝擊（林、梁、黃、賴，2002）。而治療過程中，伴隨而來的併發症也常使其生命受威脅，而引發焦慮、憂鬱甚至以自殺來結束生命（劉、陳，2000；Sensky, 1993）。所以，血液透析病人又罹患癌症更是雪上加霜，除了身、心、靈飽受極大的煎熬外，對日常生活品質影響甚鉅。根據 Murray, Arko, Chen, Gilbertson, &

Moss (2006) 的報告顯示，大部分癌末透析病人在醫院或機構內死亡而未接受安寧療護，以及高達 73% 的病患遭遇疼痛、嚴重的呼吸困難及其他不適症狀。而在台灣每年約 3 萬 5 千人死於癌症，卻只有 20% 的末期病人接受安寧療護的照顧（邱，2002）。Smita, Mark & Steve (2004) 研究也指出，安寧療護在末期腎臟疾病病人的治療上容易被忽視，尤其是老年人。李、汪、廖及蕭 (2006) 研究結果顯示，安寧療護於

財團法人天主教耕莘醫院血液透析室護理師 財團法人天主教耕莘醫院血液透析室護理長*

受文日期：96 年 9 月 20 日 修改日期：96 年 10 月 22 日 接受刊載：97 年 3 月 18 日

通訊作者地址：謝湘俐 台北縣新店市中正路 362 號 新店耕莘醫院 血液透析室

電話：(02) 22193391 轉 65343 電子信箱：lili40@ms59.hinet.net

改善癌末病人憂傷反應中害怕、焦慮、退縮、無力感、憤怒與絕望行為都有顯著成效。因此，希望藉由醫療團隊的協助，提供癌末病患優質的照顧，不但具有照顧病患的效果，也增進癌症病人對「善終」意義的體認，一旦面臨緊急變化及死亡逼近的恐懼時，能夠以更正向的態度面對。護理人員對癌末透析病人安寧療護的照護需求的認知，能真正去體會及感受病患和家屬經歷生命末期至死亡的心路歷程，將能在幽谷伴行中提供更人性化及貼切的透析照護。

陳阿姨患有高血壓糖尿病已 20 年，並已接受血液透析 10 年之久，透析時常飽受低血壓、抽筋、嘔吐之苦。在今年年初又被診斷出患有子宮頸癌末期，種種的遭遇使陳阿姨身心靈飽受煎熬，病人知道自己的生命已經走到盡頭，終日以淚洗面，筆者每天看到她很痛...真的很痛...。最後在臨終前，仍然經過醫院裡急救團隊的心臟按摩、電擊、氣管插管及靜脈注射藥物等驚心動魄的心肺復甦術。家屬不忍心，病人也無力抵抗，但卻不知如何是好？每當面對這些病人時，覺得人生可以好好的走到盡頭才是幸福的。因此，提供癌末血液透析病患溫馨的關懷與尊嚴的安寧照護，讓病人得以善終，如：達成個人的願望、還有藥物控制，讓他的痛苦降到最低，也讓家屬得以無憾，亦是撰寫此篇文章的主要目的，並有鑑於癌末透析病人接受安寧療護的相關文獻極少，所以，藉此篇文章與護理人員分享，以做為日後照護此類病人的參考。

文獻查證

一、癌症

根據行政院衛生署 95 年的統計資料顯示，台灣地區十大死因中，仍以惡性腫瘤（癌症）排名第一，95 年國人因癌症死亡人數為 37,998 人，佔所有死亡人數的 28.1%，死亡率為每十萬人口 166.5 人，每 13 分 50 秒有 1 人死亡，可知癌症仍是國人健康最大的威脅（行政院衛生署，2007）。

癌症的高死亡率，很容易讓人跟死亡畫上等號。因此，當病人被診斷為癌症的那一刻起，其心靈即進入生與死天人交戰的痛苦掙扎（Coward, 2000）。罹患癌症的過程更是一條複雜且艱辛又漫長的不歸路，病人承受身、心、靈的痛苦與死亡煎熬，例如生理問題—疼痛，它是癌症病人最普遍面臨的問題，也是病人和家屬最焦慮及關心的問題。全世界每年約有 600 萬癌症病人，其中 80% 未獲得適當的疼痛控制，以致影響病人睡眠、疲倦、食慾不振、身體功能降低、憂鬱情緒、焦慮程度增加及生活品質低落（林，2005）。癌症之疼痛令人感到孤單、無助、無望、活的沒有尊嚴；它是一個比死亡更可怕的經驗（趙，1997；Lin, 2003）。忍受疼痛不是病人的義務，病人有免於疼痛的權力，醫護人員應提供疼痛的評估及給予適當的處置。

癌症病人除了面對身體不適外，還經歷一連串的心理、心靈所帶來的衝擊如害怕、否認、焦慮、憂傷、擔心、孤單、無助、無力、無望、自責、不確定感等（趙，1997；Edmonds, Lockwood, & Cunningham, 1999；Lin, 2003）。尤其末期疾病病人，自覺無法治癒而陷入絕望，產生「無望感」的情形，對病人影響甚鉅，它會使人失去生存意志，它比疾病過程更有害於病人，長期持續可能導致病人死亡（王、陳，1995）。

；Bruss, 1988)。俗話有云：「哀莫大於心死」亦可見一斑。而病患的情緒變化，也隨著病況及治療的過程而起伏不定，尤其住院期間最需要親情的溫暖與朋友的關懷，藉由被關愛的感覺減輕無助與自棄的感受（林、邱，1997）。黃（1884）研究發現癌症末期病人瀕死的心理反應，可歸納為否認、憤怒、磋商、憂鬱與接受等憂傷反應。整個瀕死過程中，以磋商行為表現的發生頻率最高，佔 28.9%，其次為憤怒行為，佔 26.7%、憂鬱行為，佔 24.7%，接受行為與否認行為之發生頻率較低，各為 11.2% 與 8.5%。亦如 Kubler-Ross（1996）所提罹患癌症病人面對死亡時的心理反應，包括震驚否認、憤怒、討價還價、沮喪與接受等階段的情緒反應。

另外，罹患癌症對病人及家庭而言更是一種重大的壓力事件，特別是已成家立業的中年人，他們通常需要擔負照顧雙親、支持配偶、教養子女的重擔（林、李，2004）。病人可能因為洗腎又罹患癌症而失去工作、家庭頓失經濟來源、家庭角色被迫改變、家庭失去和樂，最後失去自己的未來；失落感也是癌症病人面臨的「沉重功課」，其痛苦、掙扎是不難想像的，甚至全家籠罩在死亡的陰霾中（趙，1997；Lin, 2003）。能使癌症病人得到適當醫療照護，進而提昇其生活品質和個人尊嚴，是值得醫護人員關懷與重視的課題，對護理人員的照護也是一大挑戰。

二、血液透析與癌症

依據中華民國腎臟基金會（2007）95 年透析總人數統計資料顯示，台灣目前已有 4 萬多名慢性腎衰竭病人接受長期透析治療，對病人或是醫療系統都帶來極大的

衝擊，更嚴重威脅國人生命健康與生活品質。

血液透析病人藉由血液透析排除體內代謝性廢物及多餘水份，維持體內酸鹼平衡，在透析過程中時有頭痛、頭暈、心悸、焦躁、噁心、嘔吐、肌肉抽搐等不適情形（Ross, 2000）。每週 2~3 次的治療過程中，每次治療都需扎針，害怕扎針時的疼痛不適，也擔心瘻管通路通暢與否。而透析治療帶來之身體症狀困擾包括：疲倦、失眠、噁心、口渴/口乾、肌肉痙攣、高血壓、水腫、貧血、發燒、畏寒、少尿、無尿、皮膚搔癢、食慾欠佳、性慾下降等（Wallace, 1998）。另外，水份/飲食限制、剝奪吃的樂趣、身體心像改變、角色功能改變、周而復始的面對疾病、對未來不確定感等因素都影響透析效果更影響病患的生活品質（Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzen, & Clyne, 2001）。

筆者從事血液透析臨床工作數十年所見，病人在接受血液透析一段時日後發現罹患癌症之案例，確實為數不少。根據美國 United States Renal Data System（1999）統計資料顯示，透析病人中有 8% 病人死於癌症，而台灣有 5% 透析病人死於癌症（Hwang & Yang, 2000）。有關透析與癌症的文獻，根據 Maisonneuve 等人（1999）的跨國大型研究報告，1980 年到 1994 年 831,804 位透析病人，平均觀察 2.5 年，發現 25,044 人得到癌症，約佔 3%，比一般之族群癌症比率 2.6% 稍高。標準化發生率比（standardized incidence ratio, SIR）平均為 1.18。以年齡分層來看，發現 < 35 歲病人其 SIR 高達 4.4，35-64 歲是 2.1，> 65 歲是 1.4，顯示透析病人癌症在年輕人的發生率比一般族群明顯增加許多倍。其中 35 歲以下的年齡層，其

罹癌率更是同齡常人的 3.26 倍，年齡愈大，罹癌率相差愈小，可能的原因是 35 歲以下的病人有較長的透析時間，存活的時間久，加上防癌的免疫力衰退，使得罹癌率大幅上升，而老年人的透析時間通常比較短，存活率低，所以罹癌率增加有限。

台灣透析病人癌症，目前缺乏大規模研究的資料，根據Chen, Lai, Huang, Chu, & Leu (1995) 報告43位尿毒症病人發生癌症，平均年齡55歲(35-72歲)，男女比例接近(11:10)；另外Ou等人(2000)報告71位尿毒症病人發生腎泌尿道癌，平均年齡61歲(46-72歲)，女多於男(12:5)。綜合以上統計資料顯示，透析病人整體癌症發生率僅比一般人略高，罹患癌症年輕化也應警覺，而台灣地區透析病人在腎泌尿道癌症發生率則有顯著較高，特別是女性發生率要比一般人高。

現今社會因工作忙碌，人與人之間的關係已逐漸疏離，對一個罹患癌症又同時在接受透析治療的病患而言，其面對死亡是一段非常艱辛的過程。因此護理人員於照護癌末透析病人期間，如何提供靈性照護，協助病人重建人生意義與生命價值，克服死亡恐懼並坦然面對死亡，使病人仍舊活得有尊嚴、有意義也是一門重要的課題。

三、安寧療護

世界衛生組織對安寧療護定義為對無法治癒的末期疾病病人，給予主動且積極的整體照顧；透過醫療團隊協助，緩解病患生理上的痛苦，提供病人及家屬心理及靈性上的支持照顧，讓病人達到最佳的生活品質，並使家屬順利度過悲傷期(Aranda, 1999)。

安寧療護將死亡視為正常生命過程的一部份，肯定生命的價值，拒絕延長或加速死亡；讓每個人的生命得到最大的尊重，也讓最後的生命力表現出來(黎，2006)。如同泰戈爾之詩詞：生時如春花之絢爛，死時如秋葉之靜美。也如同Kubler-Ross(1996)所言：你是重要的，即使活到最後一刻，你仍然是那麼重要的；我們會盡一切努力，讓你活到最後一刻，也幫助你安然逝去。

謝及周(1999)的報告指出國內臨床護理過去多以服務者為本位，而今所重視的是以「全人」為服務的護理對象，強調的是個人身、心、靈及社會等全方位之人性護理。安寧療護即秉持全人、全程、全家、全隊的全方位人性照護理念，對於末期病人及臨終患者，提供身心靈照護，幫助病患降低死亡恐懼、有意義的生命回顧、讓病患活得有尊嚴，並獲得善終(吳、賴、柯、李、柯，2007)。

「善終」的意義，包括：

- 1、身體平安，如：身體的疼痛減輕至最低、臨終的過程不要太長、身體完整及整齊清潔以維持基本尊嚴、能適度的活動。
- 2、心理平安，如：接受事實-認了、對人事物不再執著-放下、在關係及情緒上-不孤獨、心願已了-無牽掛、在歡喜的環境-享受自然。
- 3、思想平安，如：不去想太多，一天過一天即活在當下、自我肯定，有意義的一生、人生苦海即將上岸，不需再煎熬了(趙，1997)。

臨終病患對善終意義的體認，瞭解死亡進而接納死亡事實，也體會苦難中生命的意義，心靈獲得平靜，疼痛獲得緩解，

需求獲得滿足，家人關懷與支持，得以舒適、不孤單、平安、安詳地走完人生最終的歲月，則是善終的實現，也是達到安寧療護的精神。

國內外許多研究也指出，癌症病人均表示有靈性照護的需求（吳，1999；高，1996；陳、惠敏、姚、邱、胡，1999；Mueller, Plevak, & Rummans, 2001；Ogasawara, Kume, & Andou, 2003）。Thomas & Retsas（1999）研究將靈性意義分為接受所有事實、處理它及整合它；透過過程，病人也更深入瞭解自己，進而達到靈性的成長。恰如聖嚴法師所提出解決人生困境的適應過程，即「四它」－面對它、接受它、處理它和放下它（聖嚴，2000）。顧等人（2006）根據多位學者研究結果亦指出，癌症病患靈性照護可分為三階段，第一階段著重於心理社會調適，增進心靈支持、心靈成長；第二階段著重於心靈安適，則強調希望灌輸；第三階段著重於尊嚴地死亡，以強調哀傷緩解及臨終照護。綜觀上述文獻，可知靈性照護的需求對癌症病患的重要性。

另外，安寧療護的概念能夠應用的對象不僅止於癌症病人，其他非癌症慢性進行性疾病也同樣可以接受安寧療護的照護。對末期腎臟疾病病人而言，疼痛也是生命結束前常見的症狀與癌症病人的狀況相差不多（徐、蔡，2006）。根據Smita, Mark & Steve（2004）研究指出，在英國只有39%的護理人員會提供安寧療護的相關照護，以減輕末期腎臟疾病病人在透析中的不舒服；安寧療護並非在生命結束的終點才需要，而在慢性腎臟疾病被診斷的同時就需開始提供的另一種照護計畫，且此計畫持續進行在病人生命的週期裡（Smita et al., 2004）。由此可見一斑，以滿足病人「需求

」為前題的安寧療護照護，勢必與日俱增，亦有待醫療界繼續努力。

四、照護需求

護理人員藉由臨床照護，循序漸進，提供病患身、心、靈照護的需求，使其在生理、心理、社會等產生正向行為，並在臨終階段獲得最完善的照顧（Rafael, 2000）。其護理措施如下：

（一）提供病人身體基本清潔與舒適

人類的基本需求，依據 Minshull, Ross, & Turner 在 1986 年所提的人類需求護理模式（the human needs model of nursing），將人類需要分成五大項：其中身體的需要，如身體清潔衛生與舒適乃人性尊嚴的最基本需求（胡、阮、黃，1999）。如果病人髒兮兮，身上臭味不斷，頭髮凌亂，衣衫不整，他可能為了保持尊嚴及留下別人對他的良好印象而不要會見親友，所以癌症末期病人的身體照顧很重要。當病人在血液透析時產生合併症如：血壓下降導致大小便失禁、冒冷汗、嘔吐時，應快速幫忙清洗乾淨，維持舒適。其它護理照護的提供如翻身的協助、姿勢的改變、舒適的臥位等，都可以提昇病患舒適狀態。

（二）提供瀕死透析病人適當的疼痛緩解

疼痛是所有癌症患者的夢魘，疼痛不僅折磨著病人的身體，更摧毀其心靈的完整。協助翻身、擦澡、按摩、冷熱敷，藉由音樂、冥想技巧等，減輕病人的痛苦，增加心理舒適並帶來心靈的平靜與祥和（林、邱，1996）。

（三）提供病人關懷的照顧

1、首先與病人建立治療性人際關係及信任感，採接納、傾聽、尊重、陪伴、自

我揭露，使其感受關懷及被重視（黃、莊、姚、邱，2007）。

- 2、鼓勵表達內心情感和心裡感受，運用引導、沉默、安慰、解說、觸摸、同理、宣洩、澄清、讚美、鼓勵及再保證等技巧，鼓勵病人勇敢的表達害怕及接受正、負向感受，協助病患去除心中的罪惡感、疑慮和擔憂，以增強信心（廖、李，2001）。
- 3、適時給予希望，以增進其心理調適、激發鬥志和求生意志，可利用親戚、朋友、病友等支持系統，或是個人的宗教信仰；協助患者尋求生命意義，自我價值肯定，透過生命回顧、禱告、讀經、誦經、冥想等具體可行的方式，減少焦慮、孤獨、心靈困擾、疼痛，以重建其希望與人生意義（林、邱，1996；Brown-Saltzman, 1997；林，2000）。
- 4、提供支持保護及安全寧靜的環境，維持適當的自我照顧，增加自我控制感，以達到身、心、靈三方面的滿足。
- 5、提供疾病或治療的醫療資訊，增進病患認知及問題解決的能力（林、丘，2003；陳，2000；Rexroth & Davidhizar, 2003）。進而適應疾病變化並能坦然面對未來。

透析護理人員藉由提供病人身體基本清潔舒適與疼痛的緩解及尊重瀕死病人仍是一個有價值的獨立個體，將人性化的臨終護理理念落實，使病人擁有舒適的死亡過程，沒有痛苦，平靜、安詳、有尊嚴地結束生命；也讓生者無憾無悔、渡過悲傷、展開新的人生。

結論

由於中國社會傳統文化的思想觀念，一般民眾都忌諱談論死亡的問題，因此，人們心中對死亡的看法也鮮為人知。然而我們都知道，不管醫療科技如何進步，發展至目前為止，可以延長生命卻無法擺脫死亡，也沒有人知道自己的生命終點，會在哪一天哪一刻到來？死亡是人生旅程最後的階段，更是癌末病人臨終最痛苦的旅程。也由於東方文化的特殊性，家屬的決定權往往凌駕於病人之上，以致於臨終病人常常未被告知疾病現況，更遑論能接受到四全理念的安寧療護，這也是臨床護理實務工作中常遇到的困境。雖然，我國安寧緩和醫療條例第五條指出，二十歲以上具有完全行為能力之人，得以預立意願書，決定自己是否接受積極性治療或施行心肺復甦治療（台灣安寧照顧協會，2001）。所以，死亡不是最後的悲劇，真正的悲劇是病人臨終前被刻意隱瞞，無法表達內心感受與需要；家人在悲慟與震驚之餘，也無法提供協助與關懷，使病人在痛苦、偽裝、遺憾中，走完人生的最後旅程。

當生命的終點來到之前，希望每個人都能擁有最滿意的最終存在意義；而當生命的終點來到時，每個人也都能滿意的離開人間。安寧照顧的精神，是以醫療團隊運作的方式照顧病人與家屬，而照顧計畫是由整個團隊（含病人與家屬）共同決定的，希望尊重生命尊嚴，尊重臨終者權利，減輕或消除癌末病人身體疼痛不適症狀或心理壓力，達到莊嚴死亡，達到末期良好生活品質及尊嚴和平的死亡，輔導癌症等疾病末期病人與家屬接受臨終事實。使病人安詳走完人生最後一程，使家屬敢於面對病人死亡，使生死兩相安，無悔，無憾。死亡是自然法則，絕不“加工”（電

擊、插管等等)，是活到最後，非等死，等到最後。也就是強調「安樂活」，而非「安樂死」；它對癌末病人的照護是以「治癒」轉為「照顧」；它強調身、心、靈的全人照護，以提昇生活品質為最終醫療照護目標。

生、老、病、死乃是人生需面對的大事，尤其是臨床工作的護理人員。當飽受病魔折磨的病人，每次與護理人員接觸、互動，都是可能獲得安慰、傾訴的良機；倘若，護理人員卻因工作忙碌又沒有足夠的專業訓練，而未能及時回應及處理得當，反而易使病人陷入絕望深淵。因此，透析護理人員責無旁貸，積極參與相關的在職教育課程如生死學、倫理議題並學習安寧療護的理念、專業知識等等，進而推廣之，更將所學應用及落實於臨床上，不僅有助於護理人員專業自主性提昇也拓展護理人員的角色與功能，更提昇持續接受透析的癌末病人的護理照護品質。

參考文獻

- 中華民國腎臟基金會 (2006, 2月1日)。
95 年度台灣地區透析總人數統計圖。
2007年6月5日取自 <http://www.kidney.org.tw/a95.gif>
- 王秀紅、陳秀勤 (1995)。
無望感之概說析。
醫學繼續教育, 5 (3), 343-347。
- 台灣安寧照顧協會 (2001, 4月25日)。
安寧緩和醫療條例。97年2月24日取自
<http://www.tho.org.tw/xms/>
- 行政院衛生署 (2007, 6月1日)。
十大主要死因統計。96年6月16日取自
<http://www.doh.gov.tw/cht/index.aspx>
- 李選、汪秀伶、廖美南、蕭琪 (2006)。
安寧護理模式於減低某綜合醫院癌症病患憂傷反應成效。護理研究, 5 (1), 6-18。
- 邱泰源 (2002)。
緩和醫療癌末照顧之倫理困境。內科新知, 4 (3), 40-44。
- 吳文綺 (1999)。
乳癌術後化學治療中婦女之健康照顧需求及其相關因素探討。
未發表的碩士論文, 台北: 國防大學國防醫學院護理研究所。
- 吳佳鉛、賴霏好、柯文謙、李欣純、柯乃熒 (2007)。
一位末期病患及其家庭之安寧療護經驗。護理雜誌, 54 (3), 102-108。
- 林靜琪、邱豔芬 (1996)。
談癌症末期病人靈性照顧。護理新象, 6 (2), 49-56。
- 林靜琪、邱豔芬 (1997)。
癌症末期住院病人自述需要的探討。慈濟醫學, 9 (4), 295-304。
- 林笑 (2000)。
靈性照顧與人性關懷。榮總護理, 17 (2), 153-158。
- 林宜昀、丘周萍 (2003)。
關懷之概念分析。護理雜誌, 50 (6), 74-78。
- 林惠如、李慈音 (2004)。
中年期之健康照顧: 生病經驗之衝擊—以癌症為例。護理雜誌, 51 (1), 30-34。
- 林昌誠 (2005)。
台灣地區癌症病人之疼痛控制。北市醫學雜誌, 2 (5), 23-28。
- 林佳靜、梁靜祝、黃芬蘭、賴裕和 (2002)。
血液透析患者之希望與社會支持的相關探討。臺灣腎臟護理學會雜誌, 3 (1), 88-101。
- 胡月娟、阮玉梅、黃美治 (1999)。
護理學導論, 護理概說第五節人類的基本需求 (pp. 26-29)。台北: 高立。

- 高月梅 (1996) · 居家癌症患者之照護需求探討 · 未發表的碩士論文, 台北: 國立陽明大學系所。
- 徐子恒、蔡世滋 (2006) · 非癌症疾病之緩和和治療 · *慈濟醫學*, 18 (4), 37-39。
- 陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁 (1999) · 癌末病人靈性照顧模式之研究-某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討 · *中華家醫雜誌*, 9(1), 20-30。
- 陳淑貞 (2000) · 關懷與非關懷行為 · 於陳淑貞總校閱, *醫療關懷* (pp. 2-11) · 台北: 啓英。
- 黃和美 (1884) · 癌症末期病人心理反應之探討 · 未發表碩士論文, 台北: 國防大學國防醫學院護理研究所。
- 黃美端、莊春蜜、姚靜宜、邱燕甘 (2007) · 運用 Watson 關懷理論於一位獨居癌末病人之護理經驗 · *護理雜誌*, 54 (2), 98-102。
- 聖嚴法師 (2000) · 心五四運動 · 台北: 財團法人法鼓山文教基金會。
- 趙可式 (1997) · 台灣癌症末期病患對善終意義的體認 · *安寧療護*, 5 (1), 51-60。
- 劉淑樺、陳彰惠 (2000) · 血液透析病人疲憊、憂鬱與運動耐力及其相關因素探討 · *護理雜誌*, 49 (4), 54-62。
- 廖士程、李明濱 (2001) · 癌症病人之身心問題 · *台灣醫學*, 5 (4), 433-439。
- 黎筱圓 (2006) · 幽谷伴行中的生死兩無憾-談臨終關懷與安寧療護 · *安寧療護雜誌*, 11 (2), 175-182。
- 謝錦櫻、周美玲 (1999) · 以病人為中心的護理-帕西護理實務法 · *護理雜誌*, 46 (4), 45-50。
- 顧雅利、姚靜宜、范慧萍、郭世明、郭美玲、郭景元 (2006) · 探索健康照護者對癌症患者靈性照護的看法 · *長庚護理雜誌*, 17 (3), 299-310。
- Aranda, S. (1999). Global perspectives on palliative care. *Cancer Nursing*, 22(1), 33-39.
- Brown-Saltzman, K. (1997). Replenishing the spirit by meditative prayer and guided imagery. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), 255-259.
- Bruss, C. R. (1988). Nursing diagnosis of hopelessness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 26(3), 28-31.
- Chen, K. S., Lai, M. K., Huang, C. C., Chu, S. H., & Leu, M. L. (1995). Urologic cancers in uremic patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 25(5), 694-700.
- Coward, D. D. (2000). Making meaning within the experience of life-threatening illness. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 157-170). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Edmonds, C. V., Lockwood, G. A., & Cunningham, A. J. (1999). Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*, 8(1), 74-91.

- Hagren, B., Pettersen, I. M., Severinsson, E., Lutzen, K., & Clyne, N. (2001). The hemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 196-202.
- Hwang S. J., & Yang W. C. (2000). Dialysis Surveillance Committee, TSN: 1999 National dialysis surveillance in Taiwan. *Acta Nephrologica*, 14, 139-228.
- Kubler-Ross, E. (1996). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Lin, H. R. (2003). *One thousand words of luck: Narratives and analysis of U.S. resident Chinese immigrants with metastatic cancer*. Unpublished doctoral dissertation, University of Massachusetts, Amherst, Massachusetts.
- Maisonneuve, P., Agodoa, L., Gellert, R., Stewart, J. H., Bucciante, G., Lowenfels, A. B., Wolf, R. A., Jones, E., Dsiney, A. P., Briggs, D., Mccredie M., & Boyle, P. (1999). Cancer in patients on dialysis for end-stage renal disease: An international collaborative study. *The Lancet*, 354: 93-99.
- Minshull, J., Ross, K., & Turner, J. (1986). The human needs model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11(6), 643-649.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.
- Murray, A. M., Arko, C., Chen, S. C., Gilbertson, D. T., & Moss, A. H. (2006). Use of hospice in the United States dialysis population. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1(6), 1248-1255.
- Ogasawara, C., Kume, Y., & Andou, M. (2003). Online exclusive: Family satisfaction with perception of and barriers to terminal care in Japan. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 100-105.
- Ou, J. H., Pan, C. C., Lin, J. S., Tzai, T. S., Yang, W. H., Chang, C. C., Cheng, H. L., Lin, Y. M., & Tong, Y. C. (2000). Transitional cell carcinoma in dialysis patients. *European Urology*, 37, 90-94.
- Rafael, A. R. (2000). Watson's philosophy. Science, and theory of human caring as conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 34-49.
- Rexroth, R., & Davidhizar, R. (2003). Caring: Utilizing the Watson theory to transcend culture. *Health Care Manager*, 22(4), 295-304.
- Ross, C. A. (2000). Dialysis disequilibrium syndrome. *American Journal of Nursing*, 100(2), 53-54
- Sensky, T. (1993). Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom*, 59(2), 56-68.

- Smita, G., Mark, T., & Steve, S. (2007). National survey of palliative care in end-stage renal disease in the UK. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 20(2), 392-395.
- Thomas, J., & Retsas, A. (1999). Transacting self-preservation; a grounded theory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 191-201.
- U.S. Renal Data System: USRDS (1999). Annual Data Report. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
- Wallace, M. A. (1998). Renal transplantation. *Association of Perioperative Registered Nurses*, 68(6), 964-1002.

Hospice Care for Hemodialysis Patients

*Yueh-Min Liu Li-Ching Ma Hsiang-Li Hsieh **

Abstract

According to the statistics of our Executive Yuan Health Bureau, cancer is currently considered to be the foremost cause of death. The number of people who contract ailments is growing annually, including people with cancer who are facing the threat of mortality. Therefore, the special care required for patients in the last stage of cancer has drawn our attention, especially regarding those who suffer from physical, psychological, or spiritual torment. This involves the so-called Hospice which is based on an all-round humanitarian treatment to meet the needs of final phase cancer patients. It is recognized for providing excellent end-of-life care, but may be underused by dialysis patients.

During such an interminable process of dialysis, coupled with occasional complications, the patients suffer from tremendous pressure and anxiety in terms of their physical, spiritual and social well being, to the point where they often simply can not endure it any longer and desire to end their lives.

The findings suggests that for most of those cancer patients who died without having received hospice care, up to 73% encountered intolerable pain, severe respiratory difficulties and other negative reactions (Murray, Arko, Chen et al., 2006). Herein, hospices are strongly recommended to provide them and their families with excellent care to relieve their discomforts and to raise their life quality and dignity as much as possible.

Nurses play the most important role in providing the assistance and support required by hemodialysis patients with cancer. They serve the purpose of making these patients as peaceful, comfortable, and dignified as possible for the rest of their life.

Key words : hemodialysis, cancer, hospice care, spiritual care

RN, Hemodialysis room, Cardinal-Tien Hospital

HN, Hemodialysis room, Cardinal-Tien Hospital *

Received : Sep. 20, 2007 Revised : Oct. 22, 2007 Accepted for publication : Mar. 18, 2008

Correspondence : Hsiang-li Hsieh, No 362, Chung-Cheng Rd, Hsin-Tien City, Taipei 231, Taiwan

Telephone : (02) 22193391 ext 65343 E-mail : lili40@ms59.hinet.net