

「意向與抉擇」一位鼻咽癌末期病人之照護經驗

蔡幸穎、周秀雯、許芳華

奇美醫院 護理部

摘要

一位鼻咽癌末期個案預立醫療決策自主之護理經驗。照顧期間 2020 年 1 月 19 日至 2 月 27 日，運用 Gordon 十一項健康功能型態評估工具，經由觀察、會談、紀錄及身體評估等方式收集資料，進行整體性評估，發現個案問題有三項：潛在危險性感染、照顧者角色緊張與自由決策障礙等健康問題。教導案姐正確感染預防觀念及照護技巧，改善個案感染情形；藉由關懷與陪伴深入案姐內心，提供紓壓管道，降低案姐焦慮情緒；舉辦家庭會議給予醫療資訊，並運用安寧緩和照護理念引導，使個案能向案姐表達自己想法，掌握生命自主權。建議安寧共照團隊可盡早介入，提供個案與家屬心理調適與善終準備，鼓勵臨床護理師參與安寧療護與溝通輔導課程，培養正向態度與溝通技巧，提供個別性照護提升癌末個案照護品質。（澄清醫護管理雜誌 2022；18（4）：66-75）

關鍵詞：鼻咽癌、自由決策障礙、照顧者角色緊張

通訊作者：許芳華

通訊地址：台南市永康區中華路 901 號

E-mail：xcvbnm123x@yahoo.com.tw

受理日期：2021 年 11 月；接受刊載：2022 年 3 月

前言

鼻咽癌為中國特有癌症，與種族、遺傳、環境和 EB 病毒感染（Epstein-Barr Virus）有高度相關性，死因以局部復發及轉移為主，約 20% -30% 病人會出現局部復發，兩年內發生占多數，當腫瘤復發導致口鼻出血，造成上呼吸道阻塞時需緊急行氣切手術 [1]。癌末病人每況愈下，醫護人員及家屬專注處理病人生理治療時，易忽略病人想法，若病人處於身心病痛中，理解與表達能力相對減弱，而面臨決策為難，身為血腫科護理師扮演從中斡旋角色，引導雙方走出決策困境，使醫療品質得到平衡共好 [2,3]。

本文為 54 歲男性，因鼻咽腫瘤破裂大量出血，為維持呼吸道通暢，於 2020 年 1 月 19 日緊急行氣管切開術，因侵入性治療讓個案身體逐漸衰弱，進而瓦解個案對治療積極度，筆述「我只想好好休息、舒服結束」，當個案勇敢向案姐說出自己對治療想法時，卻被一一駁回，使個案僅能求助護理師希望可從中協調，引發筆者照護動機。筆者透過傾聽與陪伴，並同理家屬行為與照護壓力，運用引導及媒介方式，請醫療團隊進行家庭會議，讓家屬明白個案有醫療自主及接受病人疾病不可逆進展，引導彼此說出心情牽絆，於家屬與個案間不同的醫療選擇困境中引領家屬换位思考，尊重個案決定，達成醫療共識。

文獻探討

鼻咽癌（Nasopharyngeal Carcinoma, NPC）為頭

頸部最常見的惡性腫瘤，好發於 35-65 歲男性，五年存活率約 84%，早期主要以放射線治療為主，中晚期則以同步化學放射治療，常見症狀有頸部淋巴結腫大、口鼻部出血、單側鼻塞，當腫瘤復發使口鼻出血，為維持呼吸道通暢需緊急行氣切手術 [1]。個案住院期間接受諸多侵入性治療造成管路與傷口的感染，及癌症病人與家屬間面臨不同治療選擇時產生的決策困境，針對個案健康問題及措施如下：

一、潛在危險性感染照護

癌症病人在疾病進展下，為獲得生命延續，可能經歷手術、反覆接受化學治療或各種侵入性治療，易潛藏感染機率進而引發敗血症 [4]。醫療照護感染有 35-55% 是可被預防的，因此在治療過程中預防感染相當重要 [5]，其照護原則：醫護人員照顧病人應確實執行洗手、監測生命徵象及追蹤白血球數目、抗生素使用，行侵入性治療及傷口換藥遵守無菌技術、每班檢查皮膚黏膜完整及觀察留置管有無感染徵象等，並教導病人及家屬預防感染觀念，如勤洗手、注意個人衛生等 [6,7]。

二、照顧者角色緊張照護

照顧者沉重負荷來自長期照顧壓力、知識缺乏、病人過度依賴、面對病人病況與預後不確定，照顧者本身身體狀況、疲憊、個人需求時間不足、情緒因應障礙導致生氣，易形成照顧者角色緊張 [8]。根據文獻指出照顧者負荷愈高，病人生活品質也會變差 [9]，因此護理師應提高敏感度，同理未受專業訓練的家屬，可能的壓力因應問題，提供相關護理措施：（一）建立良好的護病關係，鼓勵照顧者表達壓力感受，適時給予正向照顧態度及回饋；（二）衛教疾病知能和臨終準備等相關資訊；（三）提供喘息服務、社會支持和經濟資源的協助；（四）指導運用腹式呼吸集中注意力及專注冥想技巧，以達到放鬆效果，均有助於降低照顧者身心壓力，進而提升照顧品質 [8]。

三、自由決策障礙照護

中華文化傳統影響下對於「死亡」議題十分忌諱，因此常在癌末病人無自主能力時，由家屬代理決定醫療決策，但也有家屬堅持搶救，此時便可

能無法真正尊重病人生命自主 [10]。人性的尊嚴取決生命的自主，安寧緩和為癌末病人在意識清楚時可事先為自身醫療做抉擇，通常以書面或口述方式表達自身醫療決策的意願，又稱為預立醫療照護計畫 [10]。以病人為中心的照護理念，照護技巧有：（一）護理師主動關懷，評估病人心理需求、鼓勵表達自我感受；（二）澄清病情疑慮，即時聯繫醫療團隊提供清楚醫療訊息；（三）舉辦家庭會議行有效溝通，藉由安寧共照師介入，矯正對於安寧資訊正確觀念及期待，凝聚醫療共識；（四）尊重病人有權拒絕過多侵入性治療，協助訂定自身醫療照護計畫；（五）利用生命回顧、探索其生命價值，引導表達以道愛、道謝、道歉、道別，達到善終目的 [10]。

綜合上述文獻，為了使癌末病人及家屬享有好的生活品質，醫護人員需做到良好的感染控制、同理及減輕照顧者身心壓力，洞悉病人對醫療後續想法，視需求推動安寧緩和療護，讓癌末病人在未失去決策能力時預先為自己的醫療做規劃，提供以病人為中心的照顧理念。

護理過程

一、個案簡介

楊先生，54 歲未婚，高中肄，慣用國台語，信奉道教。與姐姐同住，生病前無固定工作，罹病後則在家休養，經濟來源為案姐。

二、過去病史及此次就醫過程

個案有 B 肝病史，常規抽血追蹤肝功能。2011 年罹患鼻咽癌於他院接受 CCRT，2012 年於他院門診追蹤發現鼻咽癌復發，轉往北部醫學中心行內視鏡鼻咽切除術，癌症分期為 T3N2M0。2016 年 4 月 2 日鼻腔出血至本院求治，檢查發現鼻咽腫瘤破裂收住院治療，期間因張口困難無法進食行經皮內視鏡胃造瘻術，於 4 月 23 日出院後門診持續 CCRT（放射線治療劑量為 6,000 cGy×30 次及化學治療 Cisplatin 6 個週期）。本次就醫過程如表一。

三、護理評估

護理期間 2020 年 1 月 19 日至 2 月 27 日，運用 Gordon 十一項健康功能型態評估工具，經由觀

察、會談、紀錄及身體評估等方式收集資料，進行整體性評估如下：

(一) 健康認知和健康處理型態

個案無抽煙、喝酒、嚼檳榔習慣，自覺身體不適時才會到醫院求治；住院期間個案對醫療團隊及案姐為自己決定之醫療處置感到苦惱及勉強，但因案姐強勢主導而不敢表達內心想法，仍持續配合治療。

(二) 營養與代謝型態

入院時身高 172 公分，體重 58 公斤，身體質量指數：19.6kg/m² 屬正常。全身皮膚黝黑乾燥、無凹陷性水腫，口腔黏膜完整。住院前案姐可協助胃造口灌食，1/20 案姐訴：「為什麼我弟弟的胃造口紅紅的且有分泌物？」，評估胃造口周圍皮膚些微發紅及少量黃綠色分泌物；會診營養師建議所需熱量 1,990 卡 / 日，調配建力體配方奶熱量 2,000 卡 / 日、高蛋白 78 克，每餐胃造口反抽剩餘約 10ml 淡白色液體。2/5 案姐告知護理師：「我弟弟很沒精神且在發抖，是不是發燒了？」，評估個案生命徵象：體溫 38.2-38.7°C，呼吸 24-28 次 / 分，心跳 105-115 次 / 分，人工血管抽取血液培養，抽血檢驗 W.B.C：39.0K/ul；Hb：9.7g/dl；CRP：83.5mg/l；Albumin：3.4g/dl；胸腔 X 光顯示左上葉肺炎。2/8 人工血管血液培養報告顯示白色念珠菌感染，手術移除人工血管，因周邊血管困難放置，於 2/20 行右手周邊靜脈置入中心靜脈導管 (PICC)。經評估皮膚完整性改變及多重管路留置易感染，確立個案有潛在危險性感染之健康問題。

(三) 排泄型態

入院前排尿及排便型態皆正常。住院後因活動受限於病床上及常規 Morphine 10mg Q4H SC，需常規使用 Sennoside 12.5mg 1# HS PO，可每日解便一次呈黃褐色成形軟便，視觸診腹部平坦、柔軟無硬塊，聽診腸蠕動約 8 次 / 分，叩診無鼓音；2/5 因發燒且八小時自解尿量 150ml，個案筆述「膀胱脹」，觸診恥骨聯合上緣感脹且硬，膀胱餘尿量測量 650ml，放置尿管留取尿液檢體顯示 Sediment-WBC[>100 /HPF]Sediment-Bacilli[3+]，觀察尿液呈深黃混濁。確立個案有潛在危險性感染健康問題。

(四) 活動與運動型態

住院前日常生活皆可自理，無規律運動習慣。住院期間因尿管、氣切、胃造口留置及擔心鼻咽腫瘤再次出血，醫師囑咐減少下床活動頻率，故個案多受限於病床上。1/19-2/3 呼吸次數約 18-20 次 / 分，平順、無費力，聽診無異常呼吸音，氧療 Air-life 28% 使用下血氧濃度 95-97%。2/5 觀察個案呼吸喘評估約 26-30 次 / 分、鼻翼扇動、呼吸費力、痰液量多，每班抽痰 6-7 次呈淡黃黏稠狀量多，呼吸音為濕囉音，胸腔 X 光顯示左上葉肺炎。確立個案有潛在危險性感染之健康問題。

(五) 睡眠與休息型態

入院前個案睡眠時間約 5-6 小時，無睡午覺習慣，常有入睡困難及睡眠中斷情形，偶有服用安眠藥。2/5 因痰液量增加，需每兩小時抽痰一次，導致睡眠中斷，醫師開立常規 Ativan.5mg 1# HS 及 Acetylcysteine (200mg/3g) 1 包 TID 服用，夜間個案

表一 皮內視鏡胃造瘻術就醫過程

西元年	月份	日期	治療經過
2020	1	19	因鼻咽腫瘤出血至本院求治，會診耳鼻喉科止血，為維持呼吸道通暢，緊急行氣管切開術，同日入住病房接受治療。
		21	預行第二期化學治療，左鎖骨下行人工血管置入手術。
		24-27	施行化學治療 -PF4 (Cisplatin 100mg × 1 天 +5-FU 1,400mg × 4 天)。
	2	5	發燒，胸部 X 光顯示左上葉肺炎；當日因解尿困難放置尿管。
		8	人工血管處血液培養顯示白色念珠菌 (Candida albicans)；當日手術移除人工血管。
		20	周邊血管困難放置，至放射科行右手經外周靜脈置入中心靜脈導管 (PICC Implantation)。
		25	個案簽署不施行心肺復甦術意願書 (DNR)。
		27	轉至安寧病房。

可入睡，無抱怨睡眠困難。

（六）認知感受型態

住院期間個案意識清楚（E4VTM6），雙眼視力正常，無聽力問題，多以筆談或手勢溝通。1/22 個案筆述「緊繃痛」，觀察皺眉、撫摸左臉頰，手比 7 分，觸診左臉頰無紅腫熱情形，與醫師討論開立 Morphine 10mg Q4H SC，追蹤成效個案手比 3 分及讚手勢，表示疼痛控制佳。

（七）自我感受與自我概念型態

個案性格沉穩，遇到困難會傾向自己想辦法解決，無法憑自身能力處理時才會求助他人。住院期間，個案意志變得消沉，與鄰床少有互動，1/22 個案用筆述及比手畫腳方式與案姐爭吵「氣切不舒服，不能說話，要抽痰，不喜歡」過程中個案不時嘆氣，臉部漲紅，寫字時手用力握筆，字跡顫抖；2/5 個案發燒虛弱，雙眼泛淚筆述「不點滴，不尿管！」；2/8 因人工血管感染需手術，手術前個案向案姐筆述「開刀，不要！」，寫完後用力摔筆，轉身不理人；2/11 個案趁案姐不在身邊時，手拉住筆者的衣角，用顫抖的手寫下「不行了，不急救，不敢跟姐姐說，她不答應」，神情落寞地看著手中的紙，雙眼不時朝向門口看去，擔心案姐突然回來。因個案未處於彈性的抉擇環境，導致對醫療處置的選擇不滿意，確立個案有自由決策障礙之健康問題。

（八）角色關係型態

住院期間主要照顧者為案姐，與案姐關係親密，醫療主要決策皆由案姐與醫療團隊進行溝通，經濟來源由案姐負責。護理期間案姐常要求護理師立即解決問題，1/25 案姐於病房門口來回踱步，音調上揚喊著：「趕快來抽痰，痰多到整個滿出來了」，評估個案咳嗽有些微痰音，協助抽痰量為一口淡黃稠痰；2/5 案姐提高音量，向正在打掃的環保大姐抱怨，臉帶嘲諷並斜視著護理師說道：「我弟弟上次會出血都是護理師挪隔壁床撞到我們這邊，害他嚇到」、「當初要不是醫生叫我們開氣切，現在也不會痰多到抽不完」。2/6 教導案姐拍痰方式時，案姐激動地站在遠處，手做出推開筆者的動作，搖頭訴：「身上這麼多管子，不知道怎麼學，看他

一直咳嗽我會怕啦」。2/9 案姐預計旅遊放鬆，但經濟狀況不允許聘請看護，便拿著手機來回滑動電話簿，不時嘆氣抓頭：「我打算請假出去走走，但是我沒多餘的錢請看護，怎麼辦？」。2/10 個案向案姐提出想放棄積極治療訊息時，案姐激動的責罵個案，不願意看著個案及紙上的內容，自顧自的說道：「爸媽死前要我好好照顧你，你這條命是我的責任，不要再說了就是要化療」，眼中帶著淚光不時用紙巾擦拭眼淚。因案姐長期處於緊張狀態且喘息時間不足，確立有照顧者角色緊張之健康問題。

（九）性及生殖型態

個案生殖器官外觀正常無分泌物。未婚，無女朋友，表示生病後對於性生活無特別需求。

（十）壓力因應與耐受型態

個案生活規律，習慣在一成不變的舒適圈，然而住院期間個案因對治療成效未知感（如：害怕出血、化學治療副作用、侵入性治療）及無法自主選擇醫療，而感到龐大壓力，且與案姐溝通未果，故轉而向筆者訴說內心想法，2/9 案姐不在時，手顫抖地寫出「舒服就好，姐姐不答應，怎麼辦？」不時用手擦拭淚水。2/11 個案眼中透露出求救淚光「只想好好休息，舒服結束，不敢說你可以幫我嗎？」。交談中個案一直透露自己的想法但又不敢告訴案姐。確立個案有自由決策障礙之健康問題。

（十一）價值信念型態

個案信奉道教，有困難時會到廟裡尋求神明指引，住院期間將平安符戴在身上。2/12 個案打字述：「我不喜歡求助別人，怎麼生病後事情都無法自己做主，神明也不能幫我改變姐姐的想法」、2/13「希望神明託夢叫姐姐放棄治療」，神情落寞手緊握身上平安符。確立個案有自由決策障礙之健康問題。

問題確立與護理計畫

綜合以上護理評估，確立個案有潛在危險性感染 / 與管路放置及侵入性治療有關；照顧者角色緊張 / 與個案疾病進展、長期照護壓力有關；自由決策障礙 / 與個案抉擇被案姐拒絕有關，三項主要健康問題，依照危及生命優先次序提供護理照護。

一、潛在危險性感染/與管路放置及侵入性治療有關 (1/19-2/20)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：1/20 案姐：「為什麼我弟弟的胃造口紅紅的且有分泌物？」。 S2：2/5 案姐：「我弟弟很沒精神且在發抖，是不是發燒了？」。 S3：2/5 筆述：「膀胱脹」。 O1：1/20 胃造口周圍皮膚些微發紅及少量黃綠色分泌物。 O2：2/5 生命徵象體溫 38.2-38.7°C，呼吸 24-28 次 / 分，心跳 105-115 次 / 分。 O3：2/5 放置尿管，尿液檢驗 Sediment-WBC[>100 /HPF]，Sediment-Bacilli[3+]，深黃色混濁。 O4：2/5 抽血檢驗 W.B.C：39.010³/ul、Hb：9.7g/dl、CRP：83.5mg/l、Albumin：3.4g/dl，胸部 X 光顯示左上葉肺炎。 O5：2/8 血液培養顯示白色念珠菌感染，手術移除中心靜脈導管。 O6：2/20 右手置入周邊靜脈中心導管 (PICC)。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1/25 前家屬可說出預防管路及預防傷口感染照護至少 2 項。 2/18 出院前個案生命徵象穩定、感染指標正常。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每天 9：00、13：00、15：00、21：00 監測生命徵象的改變，有異常時告知醫師。 2. 護理師在護理前後確實執行洗手技術 (內、外、夾、弓、大、立、腕)。 3. 每班觀察導尿管、氣切、胃造口、人工血管周圍皮膚狀況，評估傷口大小、是否有紅腫熱痛、分泌物顏色及異味、確定管路固定公分數並詳加記錄。 4. 每班行管路消毒時遵從無菌技術原則，用棉棒沾取 2% Chlorhexidine 由內向外環形消毒傷口至少三次，使用 Y 紗及紗布覆蓋管路傷口。 5. 1/21 衛教案姐觀察管路傷口，避免管路拉扯，若出現以下情形告知護理師：(1) 個案自覺傷口腫痛、發熱時；(2) 紗布外觀分泌物滲濕大於 1/2 時；(3) 管路傷口分泌物量增加且顏色改變或出現異味時；(4) 管路固定公分數改變時。 6. 1/22、1/24 分別與案姐約定 10：30 協助個案身體清潔，教導身體清潔技巧、管路觀察重點及有傷口外觀評估。1/26 由案姊為主，筆者為輔為個案做身體清潔，由案姊執行，筆者在旁提醒細節與技巧。 7. 1/27 告知案姐在每日做完身體清潔後，執行管路傷口換藥，教導案姐正確傷口換藥無菌原則，例如 (1) 換藥前正確執行洗手技術；(2) 執行無菌消毒原則，注意棉棒勿來回擦拭；(3) 拿取紗布覆蓋時手應捏在紗布邊角，勿碰觸到紗布覆蓋面，確實保持紗布無菌。 8. 1/28 床邊再叮囑案姐協助個案翻身擺位時，注意尿管擺放、氣切通暢、造瘻口有無受壓迫及人工血管患處肢體擺位等重點檢視。 9. 依照醫囑給予抗生素治療並監測用藥成效。 10. 每三天依醫囑監測血球計數、感染指標、尿液常規檢查、胸部 X 光。
<p>護理評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1/25 案姐行胃造口管路換藥前可確實洗手，消毒時會來回擦拭，在督促下可立刻改正，隔日案姐在護理師檢視下可正確執行傷口換藥。 2. 1/26 09：30 案姐主動到護理站，向筆者訴：「等等要擦澡，可以給我一件新的衣服和被子嗎？」，床上擦澡過程中無浸濕管路及傷口。 3. 2/5 醫囑給予 Cefoperazone / Sulbactam 4GM Q12H IV 滴，2/5-2/8 仍有發燒。2/8 依醫囑更改抗生素 Fluconazole 400 MG QD IV 滴及 Piperacillin 4 GM Q6H IV 滴，2/9-2/18 無發燒情形。

一、潛在危險性感染/與管路放置及侵入性治療有關 (1/19-2/20) (續)

護理評估	<p>4. 1/28 案姐可在 10:30 清潔個案身體時，使用清水擦拭生殖器及尿管，且將管路利用井字固定於下腹部。</p> <p>5. 2/18 個案尿液檢查 Sediment-WBC[1-2/HPF]，Sediment-Bacilli[-]，尿液顏色呈清澈黃色。體溫 36.7°C，呼吸 20 次/分，心跳 88 次/分，抽血報告 W.B.C.: 9.0K/ul、Hb: 10.0g/dl、CRP: 0.3mg/l、Albumin: 3.6g/dl; 血液培養為陰性，胸腔 X 光檢查左上葉肺炎已改善。</p> <p>【整體評估】二項護理目標皆有達成。</p> <p>【後續照顧計畫】2/27 個案轉至安寧病房，3/2 予安寧病房探視，案姐表示每天仍持續給予身體清潔及依無菌技術給予傷口換藥照護。</p>
------	--

二、照顧者角色緊張/與個案疾病進展、長期照護壓力有關 (1/25-2/25)

主 / 客觀 資料	<p>S1: 1/25 案姐：「趕快來抽痰，痰多到整個滿出來了」。</p> <p>S2: 2/5 案姐：「我弟弟上次會出血都是護理師挪隔壁床撞到我們這邊，害他嚇到」、「當初要不是醫生叫我們開氣切，現在也不會痰多到抽不完」。</p> <p>S3: 2/6 教導案姐拍痰方式，案姐：「身上這麼多管子，不知道怎麼學，他一直咳嗽我會怕啦」。</p> <p>S4: 2/9 案姐：「我打算請假出去走走，但是我沒多餘的錢請看護，怎麼辦？」。</p> <p>S5: 2/10 案姐：「爸媽死前要我好好照顧你，你這條命是我的責任，不要再說了就是要化療」。</p> <p>O1: 1/25 案姐於病房門口來回踱步，和護理師說話音調上揚。</p> <p>O2: 2/5 案姐提高音量，向正在打掃的環保大姐抱怨，臉帶嘲諷並斜視護理師。</p> <p>O3: 2/6 教導案姐拍痰方式時，案姐會激動地站在遠處，手做出像要推開護理師的姿勢。</p> <p>O4: 2/9 案姐拿著手機來回滑動電話簿，不時嘆氣抓頭。</p> <p>O5: 2/10 案姐眼中帶著淚光不時用紙巾擦拭，激動責罵個案，不願意看著個案及紙上的內容。</p>
護理目標	<p>2/10 前案姐能主動說出壓力來源。</p> <p>2/20 前案姐執行抒發情緒的方法至少 2 項。</p>
護理措施	<p>1.1/25 開始與案姐建立治療性關係</p> <p>1-1: 利用照護期間主動告知案姐筆者姓名，並向其打招呼及提出關心。</p> <p>1-2: 利用每日案姐協助個案日常清潔，除了床邊指導照護技巧之外，增進與案姐相處時間，建立關係。</p> <p>1-3: 1/25 互動過程，案姐病房門口來回踱步，與筆者說話時音調上揚等情緒問題，筆者於 14:30 主動至病室探視，語氣輕柔詢問是否需要多關心及協助的地方，坐於陪客椅上與案姐聊天，傾聽案姐的抱怨，表達同理心。</p> <p>2. 教導案姐放鬆技巧及提供紓壓管道</p> <p>2-1: 2/7 案姐完成個案日常照護後會坐於陪客椅緊盯個案，教導案姐可關上電燈躺著休息，製作手搖鈴鐺給個案需要幫忙時使用，聽到鈴鐺聲再起來。</p> <p>2-2: 2/8 教導案姐簡單放鬆技巧，腹式呼吸及專注冥想技巧，達到放鬆效果。</p>

二、照顧者角色緊張/與個案疾病進展、長期照護壓力有關 (1/25-2/25) (續)

<p>護理措施</p>	<p>2-3：2/8 14：00 醫院舉辦心理師開立的家屬心靈舒壓課程，陪同案姐參加。 2-4：2/9 14：30 與案姐坐於陪客椅聊天，建議案姐可藉由旅遊來調解壓力。 3. 會診社工評估並提供有效的社會資源 3-1：2/12 會診社工師評估個案經濟狀況，協助提供社會補助及照護資源。 3-2：2/13 社工評估個案符合共聘資格及申請看護費用補助，提供 4 天 24 小時看護照顧。 3-3：2/15 指導案姐向看護交班照顧重點及注意事項，留取連絡電話，有緊急狀況可隨時聯絡。</p>
<p>護理評值</p>	<p>1. 2/6 與案姐一同執行日常照護時，案姐訴：「其實每次拍痰都很擔心會拉到胃造口，而且看他咳嗽如果吐血怎麼辦？」、「我可以感覺到弟弟想放棄治療，但是爸媽都不在了，剩下這個唯一的弟弟，如果他也走了留下我一個人怎麼辦？」。 2. 2/8 案姐訴：「護理師謝謝你這幾天的幫忙，現在擦澡、翻身、拍痰順手多了」，照護後可關電燈躺著閉眼休息，個案能用手搖鈴鐺叫喚。 3. 2/9 案姊主動分享昨天心靈放鬆課程訴：「聽心理師課程有不同體會，放鬆壓力有很多方法，如旅遊、放自己一天假、購物、利用物理性輔助如精油、推拿等」，聽完都覺得自己太緊繃，放鬆心情是現在我極需要的。 4. 2/13 案姐訴：「我決定要去花蓮看油菜花，真的要好好放鬆一下」，並接受共聘病房建議。 5. 2/15-2/18 案姐依計畫到花蓮旅遊，也接受社工師經濟評估，2/15 協助個案轉至共聘病床有 24 小時看護照顧。 6. 2/19 案姐送伴手禮給看護及筆者訴：「油菜花田真得好漂亮，已經好久沒有那麼放鬆！這麻糬分你們吃，不用客氣！」。 【整體評值】二項護理目標皆有達成。 【後續照顧計畫】3/2 予安寧病房探視，案姐表示：「只要醫院有放鬆課程都會主動去上課，現在心情沒有像以前那麼緊繃了，感覺差很多！」。</p>

三、自由決策障礙/與個案抉擇被案姐拒絕有關 (1/22-2/27)

<p>主 / 客觀資料</p>	<p>S1：1/22 筆述：「氣切不舒服，不能講話，要抽痰，不喜歡」。 S2：2/5 筆述：「不點滴，不尿管！」。 S3：2/9 筆述：「開刀，不要！」、「舒服就好，姐姐不答應，怎麼辦？」。 S4：2/11 筆述：「不行了，不急救，不敢跟姐姐說，她不答應」。 S5：2/11 筆述：「只想好好休息，舒服結束，不敢說你可以幫我嗎？」。 S6：2/12 打字述「我不喜歡求助別人，怎麼生病後事情都無法自己做主，神明也不能幫我改變姐姐的想法」。 S7：2/13 「希望神明託夢叫姐姐放棄治療」。 O1：1/22 個案與案姐爭吵過程不時嘆氣、臉部漲紅，用力握筆寫字，字跡顫抖。 O2：2/9 要去開刀前個案向案姐表達內心不滿後，用力摔筆，轉身不理人。 O3：2/11 神情落寞地看著手中的紙，雙眼不時朝向門口看去，擔心案姐突然回來。 O4：2/13 神情落寞且手緊握著身上的平安符。</p>
------------------------	---

三、自由決策障礙/與個案抉擇被案姐拒絕有關（1/22-2/27）（續）

護理目標	<p>2/14 前藉由醫療團隊介入，向案姊及個案傳達安寧緩和照護。</p> <p>2/25 前個案能預立醫療決策自主權，並簽立拒絕心肺復甦術或維生醫療意願書。</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 聯繫醫療團隊提供清楚的醫療訊息，解決個案及案姐病情疑慮 <ol style="list-style-type: none"> 1-1：1/22 醫師查房時，將案姐請至會談室解釋個案病況並詢問案姐對醫療期待與看法。 1-2：2/1 請主治醫師向個案說明病況進展及後續治療方向，傾聽個案的決定。 1-3：2/6 13：00-15：00 舉行家庭會議，邀請個案、案姐、主治醫師、專科護理師、安寧共照小組、心理師、社工師及護理師，協助三方達成後續治療方向的共識。 2. 藉由安寧共照介入，給予案姐正確安寧緩和觀念及期待，凝聚醫療共識 <ol style="list-style-type: none"> 2-1：2/7 13：00-14：30 安寧共照師探視，了解雙方對疾病看法及醫療選擇。 2-2：2/8-2/11 安寧共照師協助案姐行日常照護，並使用精油按摩促進個案舒適。 2-3：2/9 13：30-14：30 醫院舉辦安寧病友家屬分享會，共照師陪同案姐前往參加。 2-4：2/10 撥放醫院製作的安寧緩和醫療推廣影片，讓案姐了解安寧緩和醫療。 2-5：2/12 共照師提供安寧緩和資訊，一同參觀安寧病房，分享安寧照護經驗。 3. 主動關懷並評估個案心理需求、鼓勵表達自我感受 <ol style="list-style-type: none"> 3-1：2/9 主動了解個案對醫療選擇的想法及不安，過程中握住手輕拍其背部給予安慰及鼓勵。 3-2：2/13 鼓勵個案及案姐以筆談方式溝通及用陪伴、握手、拍肩等肢體互動維持親密關係。 3-3：2/19 使用傾聽及引導的方式，鼓勵個案向案姐說出自己對治療想法。 4. 2/24 拉起床簾提供安靜的空間，鼓勵案姐給予個案擁抱、拍肩及握手等身體接觸，引導表達四道人生（道愛、道謝、道歉、道別），以達到生命的回顧。 5. 2/25 鼓勵案姐尊重個案有拒絕接受醫療權利，協助訂定自身的醫療照護計畫。
護理評值	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2/6 家庭會議後案姐訴：「安寧病房不是等死的地方嗎？你們是不是想放棄他啊！」。 2. 2/9 案姐參加分享會後訴：「剛剛參加分享會，感覺安寧病房不是等死的地方，而且安寧護理師很親切，覺得挺溫馨的！」。 3. 2/11 案姐訴：「自從安寧共照師來給弟弟精油按摩後，感覺他整個人很放鬆。」 4. 2/19 護理師協助案姐一同清潔身體、拍痰、抽痰後，引導個案用筆談的方式向案姐表達出「出血，不去加護病房，不急救，可以嗎？」，案姐聽完後點點頭並且拍拍個案肩膀。 5. 2/24 個案及案姐行四道人生後雙方哭著擁抱彼此，案姐訴：「對不起，我只想不要一個人活在這世界上，沒有考慮到你那麼辛苦。」 6. 2/25 在社工師見證，個案與案姐完成 DNR 意願書簽署，2/27 個案轉至安寧病房。 <p>【整體評值】二項護理目標皆有達成。</p> <p>【後續照顧計畫】3/2 予安寧病房探視，個案筆訴：「很舒服、不害怕、謝謝妳」，案姐訴：「看到弟弟那麼放鬆我也安心了！如果早一點了解弟弟的想法，他也不用痛苦這麼久了！」。</p>

討論與結論

本篇主要探討一位中年鼻咽癌末期男性，護理期間面臨決策為難困境，藉由家庭會議告知疾病進展和治療極限，會診安寧共照師關懷及持續溝通，引導三方達到醫療共識，最終尊重個案醫療抉擇，在案姐及社工師見證下完成不施行心肺復甦術意願書簽署。近年來，國際潮流議題以尊重病人自主及提升末期病人生活品質的安寧療護為主，在醫療決策中病人自主才是最主要的原則，故醫療團隊不應將焦點過度放在家屬上，應懂得「尊重病人生命自主權」，才能減少不必要的醫療處置，落實以病人為中心的照護理念，達到良好的護理品質。

此次照護中感到困難處為個案氣切留置只能使用筆述表達想法，因此無法貼切了解其表達內容，未來建議臨床實務可舉辦「如何與語言表達困難個案對話」之在職教育提升照護品質並結合語言治療師擬定促進氣切良好溝通計畫。本文限制為急性病房護理師工作時間安排與單位人力不足，對個案及家屬心理反應難做深入探討與溝通，建議安寧共照團隊可在個案入院時即介入，提供個案與家屬在疾病進展中行心理調適與善終準備，鼓勵臨床護理師可參與安寧療護與溝通輔導課程，培養正向態度與溝通，提供個別性照護以提升照護品質。

參考文獻

1. 盧思岑、張馨元、蔡慧玲：運用Watson理論照護一位鼻咽癌末期病人行氣切術後出院準備。台大護理雜誌 2019；15（2）：108-119。
2. 湯詠榆、黃心慈、林秀靜：運用醫療共享決策協助一位焦慮之透析治療病人的加護經驗。台大護理雜誌 2020；16（1）：89-100。
3. 顏毓嫻：照護一位癌末腦轉移個案抉擇衝突之加護經驗。領導護理 2019；20（3）：65-78。
4. 王曉婷、徐明儀、廖浚凱：血液腫瘤病人中心靜脈導管相關血流感染相關因素之探討。腫瘤護理雜誌 2020；20（1）：5-18。
5. Schreiber, Peter W, et al.: The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005-2016: systematic review and meta-analysis. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2018; 39(11): 1277-1295.
6. 陳瓊瑤、翁雪芬、白雅菁 等：改善置入型中心靜脈導管相關血流感染之專案。嘉基護理 2019；19（11）：16-26。
7. Conley, Susanne B, et al.: Standardizing best nursing practice for implanted ports. *Journal of Infusion Nursing* 2017; 40(3): 165-174.
8. 李芷宜、莊昭華：癌症病人主要照顧者照顧負荷之論述。彰化護理 2018；25（3）：12-19。
9. 林俐伶、林秋菊：在逆境中堅強－運用復原力概念於照顧者負荷。護理雜誌 2019；66（3）：100-105。
10. 劉惠娟、陳雅惠：協助一位重症肺癌末期病人預立醫療決策之護理經驗。志為護理-慈濟護理雜誌 2016；16（6）：106-116。

Intention and Decision: Care Experience of a Patient with Late-Stage Nasopharyngeal Carcinoma

Hsing-Ying Tsai, Hsiu-Wen Chou, Fang-Hua Hus

Department of Nursing, Chi Mei Medical Center

Abstract

This case report describes the care experience between January 19 and February 27, 2020 of a patient with late-stage nasopharyngeal carcinoma, which ultimately featured an advance directive. Data were collected using the Gordon's Eleven Functional Health Patterns assessment tool and through observations, interviews, records, and physical assessments for the comprehensive evaluation of the patient. The patient faced three major care issues: potential risk for infection, caregiver role strain, and barriers to free decision-making. To address these issues, three measures were adopted. First, the caregiver (the patient's elder sister) was educated on the principles of infection prevention and care techniques to reduce the risk of infection in the patient. Second, keeping the caregiver company and empathizing with her feelings provided a channel for the caregiver to relieve her stress, which contributed to the reduction of anxiety. Third, a family meeting was organized to provide the proper medical information to the family members of the patient. The concepts of hospice and palliative care were utilized to guide the patient in expressing his opinions to his caregiver and exercising his right of individual autonomy. The findings support early intervention by the joint palliative care team to assist patients and their family members in making mental adjustments and end-of-life preparations. Clinical nurses are also encouraged to participate in courses on hospice care and communication to nurture positive attitudes and communication skills, and provide individualized care to enhance the quality of care rendered to terminal cancer patients. (Cheng Ching Medical Journal 2022; 18(4):66-75)

Keywords : *Nasopharyngeal carcinoma, Barrier to free decision-making, Caregiver role strain*

Received: November 2021; Accepted: March 2022