

個案護理 Nursing Case Study

收稿日期：2025-04-07

接受日期：2025-09-11

一位口腔癌復發病患失志與無望感之護理經驗

陳品蓉¹ 陳美華¹ 王佩玉² 阮瓊慧^{1*}

【摘要】本文探討一位口腔癌病患因多次復發而經歷漫長治療，面臨失志現象與無望感的照護經驗。護理期間自 2024 年 6 月 18 日至 2024 年 6 月 30 日，透過直接照護、紙筆溝通及身體評估等方式，確立護理問題有慢性疼痛、呼吸道清除功能失效與無望感。以同理心運用為基礎，透過關愛、溝通與合作，引導個案抒發情感，讓其述說自身經歷，護理人員扮演聆聽與提問角色，協助個案連結社會、文化與情感，透過文字表達使個案的故事得以延續，產生新能量。此外，偕同多專科團隊合作與運用社會資源轉介，以社會支持性團體替代家庭支持來增強其希望感與信心，病友間互動與交流有助建立人際關係，協助個案適應未來生活、提升健康狀況與生活品質。

【關鍵詞】 口腔癌 無望感 失志 護理

Nursing Experiences of Caring for a Recurrent Oral Cancer Patient with Demoralization and Hopelessness

Pin Jung Chen¹ Mei Hua Chen¹ Pei Yu Wang² Chiung Hui Juan^{1*}

[Abstract] This article explores the nursing experience of an oral cancer patient who underwent prolonged treatment due to multiple recurrences, facing demoralization and hopelessness. The nursing care period spanned from June 18 to June 30, 2024. Through direct care, written communication, and physical assessments, key nursing issues were identified, including chronic pain, ineffective airway clearance, and a sense of hopelessness. Using an empathy-based approach, the nursing team employed care, communication, and collaboration to guide the patient in expressing emotions and sharing personal experiences. Nurses played the role of listeners and facilitators, helping the patient connect with social, cultural, and emotional aspects of life. Through written expression, the patient's story was preserved, generating new energy and meaning. Additionally, collaboration with a multidisciplinary team and referrals to social resources were implemented. By integrating social support groups as a substitute for family support, the patient's sense of hope and confidence was strengthened. Interaction and information exchange among fellow patients contributed to the development of interpersonal relationships, assisting the patient in adapting to future life challenges. These interventions ultimately aimed to enhance the patient's overall health and quality of life.

[Key Words] oral cancer hopelessness demoralization nursing

* 通訊作者 Corresponding author: 840138@kmuh.org.tw

¹ 高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部 / 高雄醫學大學 Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital / Kaohsiung Medical University, Taiwan, China

² 衛生福利部屏東醫院 Department of Nursing, Ministry of Health and Welfare Pingtung Hospital, Taiwan, China

1 前言

口腔癌為台灣男性癌症死亡率第三名，好發於 40 至 70 歲族群。根據衛生福利部（2023）統計，第 III 至 IV 期病患五年存活率不足 50%。治療以手術為主，輔以放射線及化學治療，即便進行安全邊緣根治性手術，復發率仍有 22% 至 54%，多數發生於術後兩年內（衛生福利部，2023；Lin & Tsay, 2005）。病患常面臨術後疼痛與口腔、顏面骨損傷，導致進食、吞嚥與語言功能受限；對復發病患而言，反覆治療帶來沉重生理負擔，加上病情惡化與預後不明，易引發死亡恐懼與心理困境（洪雁容、廖君惠，2021）。反覆治療與症狀困擾易引發情緒低落、無助感與存在性痛苦，進而出現「失志」現象（Wang et al., 2023）。研究指出「失志」情緒在晚期癌症病患中的盛行率高達 52%，與自殺意念的相關程度甚至超過憂鬱症，自殺風險甚至為一般人的四倍，其標準化死亡率高達十一倍（Fava et al., 2023）。由於「失志」尚未被納入正式精神疾病分類，其症狀常與憂鬱重疊，容易被醫護人員所忽視（Sauer et al., 2022）。

癌症復發不僅是病程進展警訊，更是病患心理與生命意義的重大挑戰，尤其在欠缺支持下，絕望與放棄治療念頭會悄然出現；護理人員若能及早辨識失志情緒，並建構系統性心理評估與支持機制，將有助於預防自殺、維持治療意願，並協助病患重建生活目標與尊嚴。本文探討一位多次復發之口腔癌病患，因治療歷程漫長且疾病反覆復發，逐漸陷入失志與無望感之困境。護理團隊結合出院準備、跨專業合作與社會資源來補足家庭支持不足，協助病患重建治療信心與生活目標，為臨床實務與後續心理照護策略之參考。

2 文獻查證

2.1 口腔癌病患之生理問題與護理

口腔癌術後伴隨一系列身體與心理挑戰，尤其因手術傷口或腫瘤侵犯造成神經損傷，引發慢性且難以緩解的疼痛，屬於主觀且負面情緒經驗。護理措施需評估疼痛強度、性質與持續時間，並採用鴉片類或非鴉片類止痛藥物，配合非藥物性措施，如深呼吸、舒適擺位、背部按摩、分散注意力與鼓勵

表達疼痛（范文燁，2021）。此外，手術易引發上呼吸道及口咽腫脹，一般需行暫時性氣切造口術；照護重點需評估呼吸功能，包括呼吸節律、音質、血氧濃度及痰液的量、顏色與稠度，並衛教深呼吸、有效咳嗽等技巧，必要時給予氧氣、噴霧治療或支氣管擴張劑，來維持呼吸道暢通（鄭裕霖等，2022）。同時病患常因傷口與皮瓣移植產生流涎與發音困難，須結合語言治療改善吞嚥與發音功能，並加強口腔護理，如以生理食鹽水沖洗、使用抽吸器與海綿牙刷維持口腔清潔（曾靖元等，2023）。

2.2 口腔癌復發病患之心理歷程（失志—無望）

Kubler-Ross（1969）提倡的悲傷五階段理論（否認、憤怒、討價還價、憂鬱、接受）來提供病患面對重大事件時情緒變化之框架；病患常徘徊於「否認」與「憤怒」之間，部分則停留「憂鬱」階段，難以邁入「接受」。此種情緒停滯與調適困難，正是「失志」與「無望感」形成的心理根基（Joseph & Monkman, 2025）。

2.2.1 「失志」之概念與護理措施

「失志」（demoralization）由 Frank（1985）提出，指個體長期無法應對壓力而產生無力感、孤立感與絕望感等主觀經驗；強調生命意義和目標上的崩解，相較憂鬱症以持續情緒低落、快樂感缺乏、罪惡感與生理功能改變為特徵，失志更偏向存在性困境與深層無助感（Fava et al., 2023；Sauer et al., 2022）。相關理論多基於心理歷程階段性演變之假說，如 Kubler-Ross（1969）悲傷五階段及 Buckman（2001）死亡接受情緒調適三階段模式，皆描述個體從否認與抗拒逐步轉向接受死亡。研究發現社會連結與失志感呈高度負相關，驗證恐懼管理理論（Terror Management Theory, TMT）中生命意義、自我價值與社會連結為心理防衛機制，有助降低死亡焦慮；晚期病患的社會疏離與失志感則反映此防衛機制失效（An et al., 2018）。亦即，病患所懼多為治療過程中的身心苦痛，而良好社會連結有助緩解存在性痛苦，並為失志與死亡焦慮間的關聯提供理論依據。照護重點是以心理支持與意義建構為核心的整合性心理照護模式，如尊嚴治療（Dignity Therapy）、意義中心療法（Meaning-Centered Therapy）、CALM 諮詢模式及接受與承諾

療法 (ACT)，協助重建自我價值與生命意義，並透過情緒調適降低心理痛苦、強化復原力 (洪曉琪等, 2010; Wang et al., 2023)。

2.2.2 「無望感」之概念與護理措施

無望感 (hopelessness) 是對未來抱持悲觀態度、目標受阻與無助感，屬於認知層面的負向預期，與憂鬱情緒、自殺風險高度相關，並影響病患治療遵從性與生活品質。為補足早期「習得性無助理論」對個體差異解釋的不足，Liu 等人 (2015) 引述 Abramson 等人 (1989) 發展無望感理論 (Hopelessness Theory of Depression)，主張若個體習慣將負面事件歸因於內在 (internal)、穩定 (stable) 且全局性 (global) 因素，將增加其對未來產生無助與無望感風險，進而引發憂鬱。例如若個體認為與朋友爭執是因自身人際能力不足 (內因)、難以改善 (穩定)，且將影響所有人際互動 (全局)，其憂鬱風險較高；反之，若歸因於對方情緒不佳 (外因)、偶發事件 (不穩定)，且不影響其他關係 (特定)，則憂鬱風險較低。

照護措施應從建立信任關係著手，來降低病患孤立感，並透過認知行為治療協助重塑希望感與自信心；鼓勵參與有意義的日常活動，結合家屬參與、心理專業介入與病友支持團體，形成完整社會支持系統，可降低無望感所帶來的困境 (Marchetti et al., 2023)。

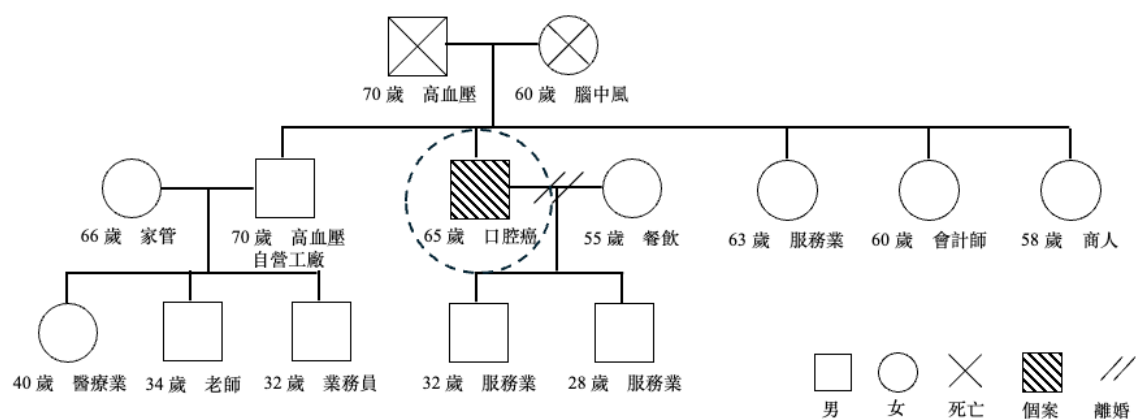
然而，單一工具難以全面反映病患複雜心理狀態，故整合「心情溫度計」、失志量表或無望感量表等工具，有助制定個別性照護計畫，促進病患心理韌性與生活品質。Kissane 等人 (2004) 發展失志量表 (Demoralization Scale, DS) 為臨床工具，包含 24 題，涵蓋無意義感、情緒不安、沮喪、無助感與失敗感等五個面向，使用 Likert 五點量表 (0~4 分)，總分 0~96 分，其平均數 30.27 為分界，以上為高失志、以下為低失志，內在一致性 Cronbach's alpha 值 0.928。Beck (1974) 無望感量表 (Beck Hopelessness Scale, BHS) 為國內外常用工具，包含 20 題，總分範圍為 0 至 20 分，得分愈高代表程度愈重，可協助評估憂鬱與自殺風險。「心情溫度計」

(Distress Thermometer, DT) 為台灣癌症病人常用心理困擾篩檢工具，內容共 5 題，涵蓋緊張不安、容易苦惱或動怒、憂鬱低落、自卑感及睡眠困難。總分 0~20 分，分數越高代表情緒困擾越高，0~5 分為良好、6~9 分為輕度、10~14 分為中度、15 分以上為重度；此工具有助護理人員及早辨識病人心理需求，提供即時且適切之心理健康照護 (鍾文珍等, 2024; Cheng et al., 2024)。

2.3 文化脈絡下的心理困境與照顧者角色衝突

鑲嵌台灣文化下，病患面對復發時的心理困擾，常受儒家傳統價值觀影響，男性易受「剛毅自持」與「隱忍為德」觀念形塑，會將情緒困頓內化、不輕易向他人傾訴，如此雖有正向勉勵，但在疾病歷程中卻形成「社會期望壓力」與「情緒抑制」現象，導致病患無法適時釋放內心無助與悲傷，進而降低求助意願及增加心理負荷；尤其在復發衝擊下，內心對生命價值與未來希望的動搖隨之加深 (Cheng et al., 2024)。與此同時，家庭作為主要支持系統，同樣承擔龐大心理壓力。家屬懷抱「要堅強陪伴病患」的信念，但當病患情緒低落或表現出脆弱時，家屬也會感受到無力與挫敗，甚至產生「情緒耗竭」，最後導致家庭關係緊張，削弱情感支持網絡，進而影響病患對生命意義的認同與求生意志 (Chang et al., 2023)。護理人員若僅專注於病患生理照護，而忽略其心理需求與家庭動力，將可能錯失改善病患心理福祉的重要契機。

因此，文化敏感度成為護理人員不可或缺的核心能力。不僅須尊重病患對堅強與尊嚴的文化詮釋，更應透過柔性介入與同理溝通，引導病患與家屬適度表達情緒，協助釐清內心衝突，同時啟動跨專科資源，確保病患與家庭在文化尊重與心理健康促進之間取得平衡 (何婉菁, 2014)。整體而言，尊重病患文化背景，並結合其心理需求、家庭支持與跨專業團隊合作，作為實踐癌症全人照護之核心；文化敏感度不僅彰顯護理倫理價值，更是促進病患生命意義重建與提升療程適應能力的重要關鍵。



圖一 家族樹

3 個案簡介

3.1 基本資料

蔡先生，信仰道教，離婚育有兩子但少聯繫，從事客運司機工作（退休），經濟來源為醫療保險、身障補助為主。家族樹如圖一。

3.2 過去病史與此次就醫

2012 年診斷 Right buccal cancer，cT4N1M0，2012 年 3 月行右頰廣泛切除合併游離皮瓣手術後做 35 次放射線治療；分別於 2014 年 12 月、2018 年 12 月、2023 年 1 月與其 11 月曾局部復發行腫瘤切除與皮瓣重建手術，術後做化學與放射線同步治療。此次 2024 年 6 月 17 日因吞嚥困難併呼吸喘至急診，電腦斷層為右下頰後咽旁局部復發，且腫瘤延伸至右側口咽表面並包住右側內、外頸動脈，因復發故於 2024 年 6 月 30 日更換藥物為 MTX 合併 UFUR 使用，於 2024 年 6 月 30 日出院。

4 護理評估

2024 年 6 月 18 日至 2024 年 6 月 30 日，經由照護、紙筆溝通、身體評估等進行生理、心理與靈性、家庭與社會三大層面進行評估，歸納如下：

4.1 生理層面

4.1.1 一般外觀

個案嘴巴無法閉合以致不自覺流口水，張口度約 1.5 指，右臉頰有輕微腫脹，外觀無發紅或滲液，皮瓣處有深褐色實質硬疤；右頸 2×2 公分腫瘤傷口留存。

4.1.2 氧合與循環

7 號塑膠氣切留置，痰液量中色淡白微稠，雙側呼吸音呈囉音，痰液可以部分由氣切口咳出，SpO₂：97~98%，呼吸速率 18~20 次/分，呼吸無使用呼吸輔助肌。有痰時，個案會輕按脖子氣切處且用力咳嗽、臉部會脹紅、筆述：「痰液夾雜痰塊會不好喘。」、「痰很多能讓她少一點嗎？」、「抽痰很難過、很痛苦、不抽又呼吸困難。」住院期間體溫 36.9℃~37.1℃，心跳速率 90~105 次/分，血壓為 110~130 / 60~80mmHg，四肢溫暖無水腫。評估個案有呼吸道清除功能失效之健康問題。

4.1.3 活動與睡眠

個案四肢肌力 4 分、生活可自理，住院前作息為早上 5 點起床，晚上 10 點服用安眠藥後就入睡，睡眠達 7 小時，無精神不濟也無午休習慣；平時和女友在自家附近散步，假日會去爬山。住院因抽痰需求，所以鮮少離開病室；睡前規律服用安眠藥，半夜偶爾需要抽痰會中斷睡眠，又可再安穩入睡，睡眠品質尚可。

4.1.4 營養與代謝

個案身高 167 公分，體重 71 公斤，BMI：25.5，理想體重 53.9 公斤。術後 16 號矽膠質鼻胃管留置，採鼻胃管飲食，配方為益力壯（熱量 2001–2200 卡/天）一天 8 罐，反抽消化佳，一天管灌約 2000 ml 水份；腸音 7~8 次/分，觸診腹部柔軟，叩診成鼓音，每日自解 2 次黃色軟便；泌尿系統正常，一天至少排尿 10 次以上。

4.1.5 認知與感受

疼痛指數 7 分，疼痛部位為右頸腫瘤傷口；性質為抽痛；誘發因素為翻身或活動時；疼痛持續，依醫囑 Oxycodone 5mg / Q6H / 1Cap po；筆述：「用力咳嗽或抽痰時，我會壓著脖子這一顆！」、「右臉和脖子一直抽痛，什麼時候可以吃止痛藥？」、「換藥時，可再打止痛的嗎？脖子這邊很痛，痛到氣切這邊。」觀察個案有拳頭緊握、表情痛苦。評估個案有慢性疼痛之健康問題。

4.1.6 自我角色與關係

個案在 Erikson 社會心理發展理論中的老年期，處於自我整合與絕望的發展任務，第一角色 65 歲老年人，第二角色男性友人，第三角色為癌症病人。個案歷經多次手術與化學治療，筆述：「又多氣切和管子，不知道要放多久、很怕氣切和鼻胃管跑出來！」、「不知道化療要打多久，要打到往生？」、「再努力也沒用，反正結果都一樣」、「我現在這樣，只會讓家人更辛苦。」。評估個案有無望感之健康問題。

4.2 心理與靈性層面

筆述：「治療還要多久？我想放棄了！」、「這

管子要帶回家，怎麼過日子，我很擔心之後的生活…」、「活著沒意義，早死早好，想自殺但不想害到其他人。」、「每天都好累，感覺身體不像自己的。」、「身體狀況好像越來越不好，錢越花越多，我真的很沒用…」。心情溫度計分數 12 分（中度情緒困擾）；失志量表分數為 32 分，其中在無助感面向中顯示對疾病現況感到痛苦且不確定是否再活下去、失去生存渴望。經常獨自站窗邊偷偷拭淚，交談內容負面、表達時會摸著佛珠且平淡冷漠、嘴角下垂。評估個案有無望感之健康問題併失志現象。

4.3 家庭與社會層面

個案面對疾病並積極遵從醫師治療，不讓女友擔心；手足樂意提供金錢資助，但聚少離多（居住外地），住院無家人訪視，其家庭親密感與凝聚力強度無法評估。生病前社交圈是貨運公司同事，喜歡日本旅行或是健行、爬山等戶外活動，自從生病後，經常奔波醫院，少和同事聯繫；由於獨居讓個案對出院後的康復問題而擔憂，加上先前住屋因天災損壞，出院前須尋找安置的居所，讓個案無望感加劇甚至萌生自殺意念。

5 問題確立

表 1 慢性疼痛（與頸部腫瘤傷口有關）（2024/6/18～2024/6/28）

主客觀資料	S1：6/18「用力時，我會按住傷口！」 S2：6/19「右臉和脖子痛，可以吃止痛藥？」 S3：6/20「傷口痛。可以再打止痛針嗎？」 O1：6/20 疼痛指數：7 分。 O2：6/20 換藥時病人握拳、表情痛苦。
護理目標	1. 6/21~6/27 可以正確執行兩項非藥物處置來緩解疼痛。 2. 6/28 疼痛指數可降至 3 分。
護理措施	1. 換藥時動作輕柔，教導默數佛珠分散注意力，減輕疼痛感。 2. 使用長枕支撐頸背，提高舒適度。 3. 協助選擇喜愛的日本節目以轉移疼痛注意力。 4. 教導避免壓迫或碰撞疼痛部位，減少誘發性疼痛。 5. 評估並記錄疼痛部位、性質、強度、頻率。 6. 依醫囑 Oxycodone 止痛藥及觀察反應並與醫師討論劑量。
護理評估	1. 6/27 個案觀賞日本大胃王比賽（節目）轉移注意力。 2. 6/24~6-27 臥床休息時用海綿墊支撐後頸，減少壓迫。 3. 6/25~6/28 評估傷口疼痛分數 3 分，性質：鈍痛、誘發因素：無。

表 2 呼吸道清除功能失效（與呼吸道分泌物增加有關）（2024/6/19～2024/6/30）

主客觀資料	S1：6/20「我不好呼吸！」 S2：6/20「痰…會變少嗎？」 S3：6/21「不抽痰又不行！」 S4：6/22「咳不太上來、用力脖子會痛！」 O1：6/20～6/25 呼吸次數 20～22 次 / 分，呼吸音為囉音，1430 抽吸氣切處呈中量黃白色痰塊。 O2：6/19～6/30 氣切留存，血氧維持 95% 以上。 O3：女友：「不會拍痰，怕拍不好又弄痛他。」 O4：觀察咳嗽時臉部易脹紅。
護理目標	1. 6/21～6/29 抽痰次數由一天 6～8 次降至一天 3～4 次。 2. 6/29 呼吸音可恢復正常。
護理措施	1. 教導正確咳痰技巧，利用抱枕或雙手按壓腹部增加腹壓協助排痰。 2. 當個案呼吸肌無力時，教導家屬協助於咳嗽同步輕壓腹部，增強咳嗽力量。 3. 教導腹式呼吸法，採坐姿，雙手置腹部，緩慢深吸使腹部隆起，呼氣時腹部回縮，促進換氣。 4. 灌食後額外補充 100～150 c.c. 溫水，來稀釋痰液。 5. 6/24 依胸部 X 光評估痰液聚積部位，調整體位並執行拍痰，讓痰液鬆動排出。 6. 6/24 提供胸腔物理治療衛教單，附教學影片 QR code，便於個案與照顧者複習。 7. 教導正確拍痰技巧，手呈杯狀拍打背部兩側，以發出「ㄗ ㄗ ㄗ」聲為原則。 8. 依醫囑 Bisolvon 支氣管擴張藥物使用。
護理評估	1. 6/24～6/28 女友主動掃描 QR code 觀看教學影片，並在現場示範正確拍痰動作。 2. 6/26～6/29：一天抽痰次數約 2～3 次；呈少量透明稀白色。 3. 6/27～6/30：抽痰時，個案可於腹部施加壓力並吐出少許痰液。 4. 6/27～6/30：個案呼吸平順，呼吸型態深而慢，雙側呼吸音輕微囉音。

註：S (subjective data)：主觀資料；O (objective data)：客觀資料。

表 3 無望感（與對疾病治療及預後之不確定感有關）（2024/6/19～2024/6/30）

主客觀資料	S1：6/19「氣切和鼻管要一直放著，我是不是沒救了？」 S2：6/20「化療不知道又要多久…」 S3：6/21「好累、身體不是我的。」 S4：6/21「活著沒意義，我好想去死！」 S5：6/22「一直花錢、我又不能工作，我真沒用…」 O1：6/22～6/24 個案獨自站窗邊、頻頻拭淚。 O2：6/21 心情溫度計為 12 分。
護理目標	1. 短程目標：6/23～6/30 個案能了解疾病治療過程及復原狀況。 2. 長程目標：個案治療過程中，能表達正向的情緒感受及參加病友會。
護理措施	醫療照護連結與自我效能增進 1-1 建立信任護病關係，由固定護理人員照護，主動傾聽個案對疾病的恐懼與未來不確定感。 1-2 6/22 舉辦癌症治療說明會，鼓勵提問以促進理解與治療參與。 1-3 擬訂出院後自我照護計畫，包含氣切、鼻胃管、口腔清潔、傷口換藥與抽痰技巧，示範油壺漱口法及提供口腔吞嚥訓練資訊。 1-4 提供出院後潛在異常警訊清單，教導辨識感染、阻塞等異常徵象。 1-5 出院後視訊追蹤個案自我照護情況，針對困難提供指導與協助。 1-6 回診前由護理師主動電話提醒與關懷，確保持續照護、減少無助感。 生命意義重建與社會支持 2-1 6/25 心理師一對一訪談，請個案分享職涯、家庭角色與克服困境等人生經驗，重拾生活意義。 2-2 協助個案撰寫生命傳承信，內容可包含祝福語與人生寄語，並依個案意願安排轉達。 2-3 6/27 鼓勵參與癌症病友團體，主護協助首次建立連結和陪同參與初次活動，增進歸屬感。 2-4 運用認知行為技巧協助個案轉化自我肯定語句，如「我沒用」重塑為「我在親友眼中依然重要且被需要」。

- 2-5 個案設定每日小目標（如走廊散步十分鐘），並於會談時回顧成果與鼓勵，提升成就感。
- 2-6 回診時協調醫療與心理團隊視訊會議，同步讓家屬了解病情與心理狀態，增進支持功能。
- 2-7 指導個案每日書寫照護日誌，紀錄心情與生活小成就，協助看見自身進步與努力。
- 2-8 出院申請台灣癌症基金會「希望專案」交通與營養補助，支持就醫與營養照護。

護理評值

1. 6/27~6/30 個案能自主完成抽痰、鼻胃管膠帶更換與噴霧治療，回覆示教正確。
2. 6/28 心理師會談後，個案筆述：「下次還有會談嗎？聊完心情好多了！」
3. 6/29 筆述：「哥哥視訊說沒放棄我，我也不能放棄，還有很多人關心我，我應該知足。」

門診追蹤評值：

- (1) 護理師協助聯繫病友團體，個案：「謝謝，我真不知道怎麼開始，有妳陪我、很開心也比較不緊張。」護理師：「一開始都會擔心，先去聽聽就好，不勉強說話。」
- (2) 心理師：「您對復健有些擔心，我們一起討論如何讓過程更順利，您覺得呢？」個案：「如果可以慢慢來，有人陪，這樣我比較有信心！」
- (3) 7/19 個案參加「頭頸癌康復之家」工作坊，透過 LINE 交流。

註：S (subjective data)：主觀資料；O (objective data)：客觀資料。

6 討論與結論

本文探討一位 65 歲離婚獨居男性因口腔癌復發導致語言功能喪失，造成溝通障礙及社會連結中斷，缺乏家庭支持與照護資源，進一步加劇孤立感與絕望；這與 Erikson 社會心理發展理論相契合，老年期發展任務為「自我統合與絕望」，然而語言功能喪失使病患無法維持過去的社會與家庭角色，陷入存在性危機，導致自我價值與生命意義瓦解。

多次復發經歷不僅對病患生理造成重大挑戰，更深刻撼動其生命意義感與心理適應力。本文整合 An 等人 (2018) 闡述癌症病患心理歷程中的 Kubler-Ross 悲傷五階段與 Buckman 三階段情緒調適等理論，病患理應隨病程推進逐步邁向「接受」階段，然在反覆復發與治療挫敗中，心理歷程停滯於「否認」與「接受」之間，難以完成情緒整合與心理調適。個案呈現典型的失志反應，並符合無望感理論所描述的「內在、穩定、全局性」負向歸因模式，對未來失去希望，心理復原力受損；此亦符合恐懼管理理論 (TMT) 之假設，即當個體之自我價值與社會連結崩解時，將引發死亡焦慮與存在性痛苦。臨床現行多採「心情溫度計」作為心理困擾初步篩檢工具，具備辨識高風險個案與引導後續評估、轉介之功能。雖「失志量表」與「無望感量表」尚未廣泛應用於護理實務，惟其理論基礎與實證效度已獲肯定，未來可望作為輔助性工具，以提升心理照護的敏感性與其評估的準確性。此案例具體展現理論在臨床實踐中的應用價值，並彰顯整合性思

維對提升病患整體福祉的重要性，護理人員善用整合性心理照護策略，協助病患重建生命意義與自我價值，並透過穩定的社會支持網絡強化情感連結；筆者實務上應用病情資訊透明、出院前自我照護能力培育與持續性護理陪伴等措施，提升病患對疾病歷程的理解與掌控感，進而降低無助感與預期性焦慮，預防心理困境進一步惡化為死亡焦慮。

筆者反思此次照護經驗，需敏銳觀察非語言訊息（如嘆息、沉默、眼神閃爍來提供心理支持；可運用敘事治療引導病患梳理生命歷程，幫助揭露內心渴望與痛苦；必要時評估緩和照護需求，提供症狀控制與情感支持來維護尊嚴。換言之，護理人員須以理論為基礎、同理為核心，將照護延伸至心理與存在層面，將抽象的理論轉化為具體且人性化的行動，使病患能在生命低谷中重拾希望，並為其生命注入溫度與意義。而本案例所展現護理創新的實踐：首先，面對語言喪失的情境，透過紙筆溝通、非語言訊息觀察及 LINE 軟體圖像表達，發展出多模式溝通策略，不僅突破語言限制，也使病患持續參與照護並維持自我表達權利；其次，在心理評估方面，除了常用的「心情溫度計」，導入失志量表中文版以提供更精準的存在性痛苦評估，並建構出「早期篩檢—分層照護—跨科轉介」的導航流程；最後，透過跨專科團隊合作及病友支持團體結合，建立替代性的社會支持網絡，強化病患在文化與人際脈絡中的連結感。透過上述創新介入，病患不僅在生理與心理層面獲得支持，也能感受到自身存在

的意義與價值。然生命的完整不僅取決於治療成效，更在於旅程是否被善待與理解；當護理人員能以創新策略，結合同理陪伴、標準化評估工具與文化敏感性，便能在病患臨終之際注入希望與勇氣，使其生命即便走向終章，依舊綻放不失光采的價值。

倫理規範

本文為單一個案護理經驗描述，所有資料皆來自台灣南部某醫學中心之臨床常規照護，並已完成去識別化處理，未涉及額外研究性介入。「心情溫度計」為本院住院護理常規心理篩檢工具；「失志量表」引用洪曉琪等（2010）中文版信效度研究，並獲馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心方俊凱主任授權，僅作臨床評估補充與經驗分享。本報告撰寫及資料處理遵循臨床倫理原則，包括尊重病人自主權、保障安全與福祉、公平對待及資料隱私，確保不侵犯著作權或違反研究倫理。

參考文獻

- 何婉菁（2014）。護理人員之文化敏感度及相關因素探討 [碩士論文，臺北醫學大學]。華藝線上圖書館。
https://doi.org/10.6831/TMU.2014.00115
- 洪雁容、廖君惠（2021）。協助一位口腔癌病患面對癌病復發之護理經驗。《新臺北護理期刊》，23（1），121-129。
https://doi.org/10.6540/ntjn.202103_23(1).0012
- 洪曉琪、陳虹汶、張義芳、楊育正、劉建良、謝瑞坤、呂宜興、陳裕仁、王蒼恩、蔡麗雲、劉珣瑛、方俊凱（2010）。癌症病人失志量表中文版之信效度檢測。《內科學誌》，21（6），427-435。
https://doi.org/10.6314/jimt.2010.21(6).06
- 范文燁（2021）。一位胰臟癌末期個案之護理經驗。《新臺北護理期刊》，23（2），166-174。
https://doi.org/10.6540/ntjn.202109_23(2).0015
- 曾靖元、郭雅芬、吳素幸（2023）。照護一位口腔癌病人接受皮瓣重建手術之加護經驗。《臺大護理雜誌》，19（2），81-92。
https://doi.org/10.6740/ntuhjn.202307_19(2).0007
- 衛生福利部國民健康署（2023年11月10日）。110年癌症登記報告。
https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4705&pid=17641
- 鄭裕霖、黃筱惠、陳筱婷、蕭筑棋、李芸湘（2022）。運用自我效能理論處理食道癌晚期個案呼吸道清除失效問題。《護理雜誌》，69（3），102-108。
https://doi.org/10.6224/jn.202206_69(3).14
- 鍾文珍、張捷芸、鄒榮慧、陳孟君（2024）。癌症病人於門診治療時之情緒困擾的改善專案。《高雄護理雜誌》，41（2），23-33。
https://doi.org/10.6692/kjn.202408_41(2).0003
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-oncology*, 27(11), 2566-2572. <https://doi.org/10.1002/pon.4843>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004.
- Chang, T. T., Liang, S. Y., & Rosenberg, J. (2023). Burden of family caregivers of patients with oral cancer in home care in Taiwan. *Healthcare*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/healthcare11081107>
- Cheng, Q., Chen, Y., Duan, Y., Xie, J., Zhang, Q., & Zheng, H. (2024). Exploring the spiritual needs of patients with advanced cancer in China: a qualitative study. *Scientific Reports*, 14(1), 4009. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54362-9>
- Fava, M., Sorg, E., Jacobs, J. M., Leadbetter, R., & Guidi, J. (2023). Distinguishing and treating demoralization syndrome in cancer: a review. *General Hospital Psychiatry*, 85, 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.10.004>
- Frank, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. New York, NY: Simon and Schuster. <https://search.worldcat.org/zh-tw/title/14407595>
- Joseph, A. L., & Monkman, H. (2025). The Kübler-Ross Five Stages of Grief Model: a framework for human-centered health informatics. *Context Sensitive Health Informatics: AI for Social Good*, 70-74. <https://doi.org/10.3233/SHTI250240>
- Kissane, D. W., Wein, S., Love, A., Lee, X. Q., Kee, P. L., & Clarke, D. M. (2004). The demoralization scale: a report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 269-276.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York. <http://libcat.canterbury.ac.nz/Record/350630>
- Lin, C. C., & Tsay, H. F. (2005). Relationships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psycho-oncology*, 14(5), 376-385. <https://doi.org/10.1002/pon.854>
- Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The Hopelessness Theory of Depression: a quarter century in review. *Clinical Psychology*, 22(4), 345-365. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12125>
- Marchetti, I., Alloy, L. B., & Koster, E. H. W. (2023). Breaking the vise of hopelessness: targeting its components, antecedents, and context. *International Journal of Cognitive Therapy*, 16(3), 285-319. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00165-1>

- Sauer, C., Grapp, M., Bugaj, T. J., & Maatouk, I. (2022). Suicidal ideation in patients with cancer: its prevalence and results of structural equation modelling. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13650. <https://doi.org/10.1111/ecc.1365>
- Wang, Y., Sun, H., Ji, Q., Wei, J., & Zhu, P. (2023). Systematic review of interventions for demoralization in patients with cancer. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(4), 314-326. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001615>

Article In Press