

運用Ferrans生活品質概念模式照顧 一位大腸癌復發患者的護理經驗

洪翠蓮 林姿佳*

中文摘要

本文為運用Ferrans生活品質模式，照顧一位大腸癌復發個案提升生活品質之護理經驗。個案自2011年8月因疾病復發而定期入院行化學藥物治療，期間因疾病復發所產生的不適症狀及心理壓力，皆對其生活品質產生負面影響。筆者的護理期間為2012年8月31日至11月2日，每隔二至三周入院，每次為期三天，共四次，以身體評估、會談及病歷查閱等方式收集資料，確認其護理問題有：營養少於身體所需、疲憊、不確定感。藉由關懷、傾聽陪伴及心理支持，個別性的生活指導，如飲食及活動衛教，以提升其生活品質。期望藉由此報告的分享了解，癌症患者可藉由個別性的照護及指導，來提升其照顧品質。(志為護理, 2016; 15:2, 109-118)

關鍵詞：生活品質、癌症復發、疲憊、不確定感

前言

近三十多年來隨著醫藥的快速發展，經治療後的癌症患者存活率可獲得提升，使得癌症患者的生活品質較腫瘤反應更被廣泛的用來評值患者的治療效果，對腫瘤照護更具顯著的意義。疾病及治療會對癌症患者的生活品質產生全面性的影響，如生理不適、治療的毒性、身體功能下降、社會功能及家庭生

活的改變等(Ferrans, 2005)，而癌症復發的患者，隨著治療次數越多，必須面對癌症所造成的不確定感、悲痛及擔心死亡的心理困擾 (Vivar, Canga, Canga, & Arantzamendi, 2009)。因此，癌症患者的生活品質已被視為是否接受抗癌治療及評值腫瘤照護的一項重要參考。

個案在癌症復發後即定期入院接受化學治療，在住院期間發現其原本為一位身材魁武的公車司機，因疾病惡化而

戴德森醫療團法人嘉義基督教醫院護理師 戴德森醫療團法人嘉義基督教醫院護理部學術輔導師*

接受刊載：2015年11月7日

通訊作者地址：洪翠蓮 嘉義市忠孝路539號 護理部

電話：886-5-276-5041 #3196 電子信箱：Q011017@gmail.com

明顯消瘦，因體能變差而連機車也不敢騎，進而產生低落的情緒反應，這些身心的症狀對生活品質造成的衝擊影響甚鉅，引發筆者深入探討的動機。本文以 Ferrans 生活品質模式為架構，評估疾病及治療對個案的生活品質造成的影響後，採個別性的照護，讓個案在無法避免的病情進展下，仍可以達到較佳的身體功能，進而減低心理壓力，提升生活品質，藉此照護經驗提供給臨床護理人員做為腫瘤照護的參考。

文獻查證

一、Ferrans 生活品質概念模式於癌症患者之運用

生活品質的理念為個人生活的價值判斷，是由病人的角度來了解疾病所帶來的影響。Ferrans 生活品質概念適用於癌症病患的評估範圍有：(一)健康及功能性：自我健康、疼痛、能量(疲憊)、自我照顧能力、照顧家庭的責任、對他人的益處、擔心的事務、對生命的控制、對於生命長短可隨心所欲的機會、對於幸福未來的機會、休閒娛樂活動及健康照護。(二)精神及靈性：生活滿意度、整體的幸福感、個人目標的達成、心靈的平靜、神的信仰、個人外觀及自我的滿意度。(三)社會及經濟：朋友關係及其情緒支持、工作、經濟能力及教育程度。(四)家庭幸福、伴侶、子女、家屬的情緒支持。

關於影響生活品質的資訊對於癌症患者的治療計畫、下決策、支持照護的預備來說是重要的 (Ferrans, 2005)。1998 年以前，轉移性大腸癌病患須承受化學

藥物帶來的副作用但卻不能延長生命，故支持性照護被認為是維持較佳生活品質的治療；然而 Cunningham 等(1998)及 Rougier 等(1998)的研究證實，接受抗癌藥物 irinotecan 治療雖會帶來副作用，但比起單純支持照顧，卻可減少因腫瘤惡化而引起的症狀，如體重減輕及疼痛，提供較好的活動狀態及較好的生活品質。由此可見，轉移性癌症患者可藉由適當的抗癌治療來維持較佳的生活品質。

二、癌症患者的營養障礙及照護

癌症患者因為飲食量減少、腸胃吸收及消化差、營養異常流失、代謝功能改變等因素，而造成體重減輕及營養不良，若上列問題持續，便會發展成惡病質(趙，2012)。惡病質為一症候群，常發生在晚期癌症患者，是造成致死率的主要原因之一，而其定義性特徵包括最近的六個月內因腫瘤因素，導致非自願性的體重減輕超過10%、C反應蛋白大於10mg/L、肌肉組織消耗增加、進食量減少、活動能力減低、疲憊、虛弱及免疫力降低(Gullett, Rossi, Kucuk, & Johnstone, 2009)。而體重減輕越多，營養越差的患者，其生活品質及預後相對的也越差(王、劉，2007)。惡病質的護理包含：(一)減低嘔吐不適，於進食前30-60分鐘服用止吐劑及餐後至少維持1-2小時的坐姿；(二)食用動物性蛋白以增加良好的蛋白質和增加高熱量食物；(三)餐與餐之間提供患者喜愛的食物以鼓勵其進食(廖、李、賴，2011)；(四)用餐時勿過度關注營養需要，應把重點放在用餐

時的社交聚會等(MacDonald, Oneschuk, Hagen, & Doyle, 2005/2011)。

三、癌因性疲憊及照護

癌因性疲憊是一種主觀感受，是癌症患者最常見的症狀，它會使患者的體力及腦力下降，此感受無法透過休息來緩解且不易改善，而造成整體生活品質的降低(MacDonald et al., 2005/2011)；其特徵為倦怠、精疲力竭及缺乏能量。產生疲憊的原因及機轉可能和腫瘤本身、治療，身體或心理疾病或行為及環境因素相關，如疼痛、貧血、藥物、情緒困擾、睡眠障礙及營養障礙(Horneber, Fischer, Dimeo, Ruffer, & Weis, 2012)。針對引起疲憊的原因給予適當處置，如貧血的患者給予輸血，在接受治療期間有計畫的有氧運動(MacDonald et al., 2005/2011)；若患者因興趣或體力而無法規則運動，能量保存活動處置是另一項有益的措施，其可節省身體能量的耗損，進而改善疲憊感；其措施有：處理造成疲憊的潛在因素、適當的休息及活動以回復能量的平衡、透過目標及期望的重建來改善生活品質，例如安排活動的優先順序、在適當的間隔時間做休息、計畫一些讓自己感到愉悅的事情，如聽音樂、看電影、見見朋友(周、唐，2008)。

四、癌症復發的心理壓力及照護

對於癌症患者來說，復發代表著癌症未被有效控制且可能造成生命的縮短，而面對生命的不確定感和更多的治療及

其引發的副作用，更是增加病患的焦慮情緒(Vivar et al., 2009)。根據陳、簡、洪(2012)整理的多篇文獻歸納的護理策略包括:評估不確定感來源及程度、對訊息的需求及適時告知疾病及治療的相關訊息，並藉此建立信任的治療性關係；提供護理指導，以增強自我症狀處理的知識，提升自我照顧行為及對疾病治療的控制感；藉由傾聽其需求，協助短期目標的設立來增進其正面思考及建立希望感。因不確定感而造成焦慮產生時可與之討論其焦慮情緒，除上列護理策略外，並運用轉移注意力技巧，如肌肉放鬆、深呼吸、冥想及音樂療法等行為治療來減輕焦慮所引起的不適感；鼓勵家人陪伴以提供心理支持(徐、陳，2008)。

個案簡介

一、基本資料

個案為61歲已婚男性，高中畢業，佛教徒。原為公車司機，已退休，慣用國臺語，育有兩男一女。

二、疾病史

個案於2010年9月出現腹脹及腹絞痛而就醫，經相關檢查後診斷為大腸癌第四期合併網膜及淋巴轉移，在接受右腸切除後，進行12個療程的化學治療，於2011年5月1日結束改為門診追蹤。2011年8月因血尿持續兩個月，經檢查發現大腸癌復發並轉移膀胱，在切除膀胱腫瘤後開始定期每二至三週的化學藥物治療，於2012年5月因腸阻塞，於腸胃科病房住院治療9天，於2012年7月腫瘤未縮

小，改予irinotecan加fluorouracil化學藥物，以期減緩腫瘤進展及延長存活率。

護理評估

筆者的護理期間為2012年8月31日至9月2日、9月19日至9月21日、10月9日至10月11日、10月31日至11月2日，每期三天共四次，以Ferrans生活品質概念模式為架構，運用身體評估、觀察、會談及收集相關主客觀資料等方式，收集資料分述如下：

一、健康及功能性評估

自我健康：8/31 個案意識清楚，結膜及臉色蒼白，口腔黏膜完整無破損，皮膚乾燥；血色素9.8 g/dl，白蛋白4 g/dl；身高172公分，體重85公斤，BMI為29.3，屬於體重過重，但在近三個月內減輕20公斤，符合惡病質於六個月內體重下降大於10%的標準。8/31主訴：「早餐吃完一碗麥片泡高蛋白奶粉或喝一瓶攝立適後就再也吃不下，有時吃完就想吐，尤其化療後就覺得噁心，有時會吐，多吃一些東西就脹脹不舒服」。約從今年7月開始一餐約只進食1/2碗的份量加青菜及魚，於8/31晚上及9/1早晨及晚上進食後，有嘔吐量中乳糜液，同此次的住院中攝取院內伙食約2/3量，一天的攝取熱量約1,200-1,400kcal/day，建議攝取量為2,010 kcal/day。平日解便一天約2次，呈量中黃糊便，每次化療後返家的2-3天解便次數會增加至3次，腹部叩診呈鼓音，腸蠕動每分鐘8-13下。經由上列評估，確立個案有營養狀況改變：少於身體所需之護理問題。

能量(疲憊)：8/31個案自覺生活品質不是很好，「大多時候都覺得累，尤其是剛化療後的前幾天只想躺著休息，體力跟之前差很多」。8/31個案外觀顯得無精打采，住院期間大多臥床休息，鮮少下床活動，而說話也不如以往的宏亮有力。因為職業是客運司機，有多次開遊覽車環島的經驗，去年做完12次化療後仍繼續開遊覽車環臺，現在體力越來越差，「很想帶太太四處走走，但現在的體力已經沒辦法了」。平日不需從事費力活動，在家走動或爬樓梯並不會感到呼吸喘或費力，「今年初還可以自己騎車到公司與同事聊天，現在的體力虛弱到無法自行騎車，害怕半路會出事，所以只能靠兒子載送，想要出遠門要等兒子放假載」。近幾個星期大多只在家裡走動，若出去住家附近的公園散步約15-20分鐘就覺得累，雙腳無力；夜間睡眠約7-8小時，並無難入眠或睡眠中斷，日常生活可自理，ECOG日常體能狀態介於1-2分。經由上列評估，確立個案有疲憊之護理問題。

二、精神及靈性評估

8/31個案對於復發後接踵而來的生理問題如體重減輕及食慾不振感到挫折而泛紅眼眶，「我都吃不下，體重越來越輕，怎麼辦？」。對於自己罹癌仍有難以接受的情緒：「我的弟弟們會抽菸喝酒的身體都很健康，我爸媽到現在年紀這麼大了也很健康，而我不抽菸不喝酒，生活作息也正常，卻得這種病」。覺得自己正值壯年，不應該這麼早就要面對如此重大的課題。面對身體狀況越

來越差就感到害怕。「我這個病也只能靠化療控制了，有時也想休息不要打了，但又很擔心若不打就可能會一下子就復發」。若不是因為生病，其實對自己的人生基本上是滿意的。即使生病離職了，偶爾仍會去公司所供奉的神堂拜拜，祈求病可以被控制好。擔任司機20多年，覺得可以載遊客到她們要去的目的地，覺得很有成就感，又可以到臺灣各地走走，更覺是這份工作的附加價值。8/31「生病後對於身體出現的不舒服難免會往壞的方面想，擔心自己的病沒辦法控制住」。「我已經持續在治療疾病還是復發，而且症狀一直沒改善，真是很煩惱」。經由上列評估，確立個案有不確定感之護理問題。

三、社會及經濟評估

08/31「之前即使請假在家休養，還是會常常到公司與同事聊天，現在體力變差，平日只會在住家附近活動，與同事間的互動變少，不過同事與朋友偶爾還是會到家裡坐坐」，與親友在生病開始做治療後便較少見面，但彼此間的感情並沒有因而疏遠，大家還是會通通電話，偶爾見面聯絡感情。在經濟方面，

「還好之前有些儲蓄可以支付治療的費用，再加上一些私人保險，所以還過得去」。家庭的主要經濟支柱皆靠個案原有的儲蓄支撐，覺得照顧家庭本來就是身為一家之主的責任。

四、家庭評估

8/31個案對於自己的婚姻生活感到滿意，和太太感情融洽，太太因為不會騎車，生活上較依賴個案。看著先生為了疾病而擔憂以及日漸消瘦的身軀，內心覺得不捨。因為個案的食慾不振，太太每天總是為了讓個案增加食慾而花費心思，而個案每次住院都由太太陪伴，因為心疼太太住健保房的不便，一定要求住單人房。其子女也很乖巧，有各自穩定的工作，自從個案生病後，也都主動分擔處理家中的事務。而個案的父母身體還很硬朗，常常會主動關心病情，並給予許多鼓勵的話語。

問題確立

經由上列評估，確立個案有營養狀況改變：少於身體所需、疲憊、不確定感之護理問題。

護理問題一：營養狀況改變／少於身體所需／與癌症導致的惡病質有關

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
主觀資料: 1.8/31:「早餐吃完一碗麥片泡高蛋白奶粉或一瓶攝立適後就再也吃不下，有時吃完東西就想吐，尤其是化療完後就覺得噁心，有時會吐，多吃一些東西就覺得脹脹不舒服。」	1.9/19-9/21住院期間可減輕造成進食量減少的身體症狀，如噁心、嘔吐或腹脹	1.住院期間每班評估噁心嘔吐情形，若有噁心嘔吐，可在緩解後先從50cc流質食物開始進食。 2.進食後至少維持1-2小時的坐姿。 3.增加食物種類的多樣性，不要只單吃某幾樣，並鼓勵攝取喜愛的高熱量高蛋白食物，如冰淇淋、布丁、一天至少攝取一份紅肉。	1.9/19-09/21仍有輕微噁心感及嘔吐2次，但於10/9-10/11及10/31-11/2化療時感輕微噁心但無嘔吐。

<p>客觀資料：</p> <p>1.於8/31晚上及9/1早晨及晚上進食後有嘔吐量中乳糜液。</p> <p>2.約從今年7月開始一餐約只進食1/2碗的份量加青菜及魚，而8/31-9/2住院中約攝取院內伙食2/3量，一天攝取熱量約1,200-1,400kcal/day,而建議攝取量為2,010 kcal/day</p> <p>3.8/31平日沒吃點心習慣。</p> <p>4.8/31Hb9.8g/dl，白蛋白4g/dl。</p> <p>5.皮膚乾燥，結膜蒼白</p> <p>6.體重在半年內減輕20公斤，符合惡病質於六個月內體重下降大於10%的標準。</p>	<p>2.09/19已可多增加兩項食物的選擇，進而增加整體的進食量。</p> <p>3.9/19及其後在少量多餐的飲食下可以維持目前體重85公斤。</p>	<p>4.鼓勵少量多餐且緩慢進食，在餐與餐之間增加點心或營養配方的攝取，如立攝適、安素。</p> <p>5.因化療期間生食為禁忌，且有腸阻塞病史，故應避免產氣食物，如豆類、洋蔥等以防脹氣。化療回家後先喝流質食物，避免太冷或油炸油煎食物，而延緩胃排空速度。</p> <p>6.在食物的烹調上,可加重自己喜好的調味，以增加進食的慾望。</p> <p>7.鼓勵案妻固定安排全家相聚的用餐時間，勿過度關注個案的營養攝取，而將用餐焦點放在全家團聚的氛圍營造。</p> <p>8.口腔衛生的維持，衛教餐後刷牙或使用漱口水或茶葉水漱口。</p> <p>9.平日進食30分鐘前先服用primperan止吐劑。</p> <p>10.9/2依醫囑給予aminoleban 500cc靜脈營養輸液。</p> <p>11.住院期間每日測量體重，以評估有無脫水或水腫，並隨時告知醫師以依醫囑處理。</p> <p>12.8/31依醫囑給予megace 13cc qd以促進食慾。</p> <p>13.9/2依醫囑給予PRBC 2U</p>	<p>2.於9/02返家後至09/19住院期間除魚外還會選擇燉牛肉及於兩餐之間進食布丁、蒸蛋或立攝適半瓶至一瓶量。</p> <p>3.9/19-9/21每餐可攝取約1/2碗份量，10/9-10/11、10/31-11/2進食量已可增加至2/3碗份量。</p> <p>4.10/31體重維持在85公斤無減輕。</p>
--	---	---	---

護理問題二：疲憊／與化療及癌症引起的惡病質有關／貧血

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
<p>主觀資料：</p> <p>1.8/31大多時候都覺得累，尤其是剛化療後的前幾天只想躺著休息，體力跟之前差很多。</p> <p>2.8/31體力在疾病復發開始做治療後便明顯變差，今年初還可以自己騎車到公司與同事聊天，現在的體力虛弱到無法自行騎車，害怕半路會出事，所以只能靠兒子載送。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.8/31外觀顯得無精打采，住院期間大多臥床休息，鮮少下床活動。</p> <p>2.8/31個案說話時已不如以往的宏亮有力。</p> <p>3.8/31Hb 9.8g/dl，結膜蒼白。</p>	<p>1.於9/2出院前可擬定一天的活動管理生活計劃。</p> <p>2.9/2及9/19可說出至少兩項能量保留的方法。</p> <p>3.9/21口述疲憊感減輕</p>	<p>1.向個案解釋造成疲憊的相關原因，如疾病、治療及貧血。</p> <p>2.協助個案回顧一天的活動，並列出一天的作息時間表，安排自己覺得其中重要事務的優先順序，在自覺精力最佳的時刻做最重要的事，並在每件事務的間隔中作適當的休息，若想小睡，以不超過15-20分鐘為原則。</p> <p>3.每天保留一段時間做可以讓自己感到心情放鬆的事務上，如聽音樂、與太太出去散散步。</p> <p>4.與個案及家屬討論有興趣的社交活動，評估其可行性並請家屬協助個案完成，如家庭聚餐、短期的旅行或拜訪親友。</p> <p>5.監測血紅素，於9/2依醫囑提供輸血。</p>	<p>1.09/02出院前可列出平日一天中的活動，並試著列出優先順序。</p> <p>2.9/19表示上次出院返家後會安排在早上10點及下午2點半約20分鐘的小歇；於精神較好時會到附近公園散步。</p> <p>3.10/31表示雖然體力不如以往，但在上次出院後於疲憊感減輕時到公司拜訪同事兩次。</p>

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>主觀資料：</p> <p>1.8/31我都吃不下，體重越來越輕，怎麼辦？</p> <p>2.8/31我的弟弟們會抽菸喝酒的身體都很健康，我的爸媽到現在年紀這麼大了也很健康，而我不抽菸不喝酒，生活作息也正常，卻得這種病。</p> <p>3.8/31我的這個病也只能靠化療控制了，有時也想休息不要打了，但又很擔心若不打就可能會一下子就復發。</p> <p>4.8/31生病後對於身體出現的不舒服難免會往壞的方面想，擔心自己的病沒辦法控制住。</p> <p>5.8/31我已經持續在治療，疾病還是復發，而且症狀一直沒改善，真是很煩惱。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.8/31表情沮喪，眼眶泛著淚水。</p> <p>2.8/31因身體越來越虛弱，而表示擔心。</p>	<p>1.9/19可表達更多的自我感受及對疾病的想法。</p> <p>2.9/19能說出自己的病況、症狀困擾的導因及治療的目的。</p> <p>3.9/19可說出減輕焦慮的方法。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.主動表達真誠的關懷及適時的陪伴，對於症狀不適所產生的沮喪心情及擔心予以同理。 2.了解個案對本身疾病及其預後的認知並鼓勵個案表達更多懼病的感受。 3.確認並與之討論及釐清其因不確定感而致的焦慮情緒。 4.由主治醫師向個案及家屬說明目前的疾病狀況及其會有的身體症狀，治療過程及預後，以減輕焦慮及不確定感。 5.提供護理指導如營養及疲憊的相關衛教，以增強自我症狀處理的知識，提升自我照顧行為及對疾病治療的控制感。 6.運用轉移注意力技巧，如肌肉放鬆、深呼吸、聽音樂等來減輕焦慮所引起的不適感。 7.提供個案勵志小品，以及勉勵的話語，藉以給予正面的力量。 	<p>1.9/19表示仍會害怕疾病無法被控制，但有試著正向思考，不要對目前的病況太在意。</p> <p>2.9/19表示了解目前的病況及化療可以帶來的預期效果及限制。</p> <p>3.9/19表示返家後若遇到負面情緒時會以深呼吸來緩解。</p> <p>4.10/31表示經由親友的鼓勵及陪伴，對於後續的治療持有正向的態度。</p>

護理過程

討論與結論

筆者透過Ferrans生活品質概念模式，發現個案因疾病復發所造成的心理衝擊及症狀困擾，包括疲憊及食慾不振，以及其後衍生的惡病質，皆讓活動日漸受限，社交活動減少，再則，這些困擾的症狀也彷彿不斷的提醒個案，疾病尚未被有效控制，這對個案的生活品質造成極大的負面影響，所幸家庭社會的支持讓個案在面對疾病而致的困擾時給予正

面支撐的力量。如孫、蔡、林(2006)針對膀胱癌病患所做的研究顯示，病患的症狀困擾得分越高其生活品質越差，但社會的支持對生活品質卻有正面影響。針對症狀困擾可藉由整體性及個人化的照護計畫來減輕，如飲食及運動休息的調整，適當的醫療介入，如藥物給予，及設定短期可行的護理目標，給予正向鼓勵，以及抱有實際的希望，讓個案在面對復發後的治療以及疾病所帶來的不適症狀時，仍可對於自我的生活品質給予正向的評值。

雖然化療對於復發癌症不以治癒為目的，但對此個案卻有著象徵希望的心理支持，讓個案在面對疾病復發能藉著治療有一道支撐的正向力量。然而個案於疾病復發後，一方面對疾病惡化帶來的症狀感到焦慮，一方面對於治療仍抱著希望，因而無法找到適切的時機與個案討論對於若治療失敗後，後續治療的期待以及對預立醫療意願書的看法，是本文的限制與困難。癌症患者罹癌後所受到的衝擊是多面向的，其往往會對生活品質造成相當的負面影響，因此，生活品質被視為抗癌治療與癌症照護的一項重要指標，藉由此個案報告，建議護理人員，評估生活品質對於癌症照護的重要性，進而提供個別性的護理照護以增加其生活品質。

參考資料

- 王麗惠、劉芹芳 (2007) · 消化系統癌症惡病質病患的個人基本屬性、營養狀況與日常生活活動能力及生活品質之相關性 · *護理雜誌*，54(3)，33-42。doi:10.6224/JN.54.3.33
- 周繡玲、唐婉如 (2008) · 癌症相關疲憊與能量保存活動處置 · *腫瘤護理雜誌*，8(2)，13-23。
- 徐莞雲、陳筱瑀 (2008) · 焦慮的概念分析 · *志為護理:慈濟護理雜誌*，7(3)，65-70。
- 孫嘉玲、蔡仁貞、林佳靜(2006) · 膀胱癌病患的生活品質、社會支持及症狀困擾 · *新臺北護理期刊*，7(2)，11-20。
- 陳伊蓀、簡姿娟、洪秀吉(2012) · 癌症病患不確定感之照護策略 · *秀傳醫學雜誌*，11(3,4)，137-143。
- 趙子傑 (2012) · 癌症與營養 · 於陳敏銓總校閱，*癌症護理學* (三版，355-380頁) · 臺北市：華杏。
- 廖幼婕、李芸湘、賴裕和 (2011) · 癌症食慾不振和惡病質症候群之處置 · *腫瘤護理雜誌*，11(2)，11-21。
- MacDonald, N., Oneschuk, D., Hagen, N., & Doyle, D. (2011) · *安寧緩和醫學手冊* (臺灣安寧緩和醫學學會譯) · 臺北市：合記。(原著出版於2005)
- Cunningham, D., Pyrhönen, S., James, R. D., Punt, C. J. A., Hickish, T. F., Heikkila, R., ...Herait, P. (1998). Randomised trial of irinotecan plus supportive care versus supportive care alone after fluorouracil failure for patients with metastatic colorectal cancer. *The Lancet*, 352(9138), 1413-1418. doi: 10.1016/S0140-6736(98)02309-5
- Ferrans, C. E. (2005). Quality of life as an outcome of cancer care. In C. Yarbrow, Frogge, & M. Goodman (Eds.), *Cancer Nursing: Principles and Practice* (6th ed., pp. 183-200). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Gullett, N., Rossi, P., Kucuk, O., & Johnstone, P. A. (2009). Cancer-induced cachexia: A guide for the oncologist. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(4), 155-169.
- Horneber, M., Fischer, I., Dimeo, F., Ruffer, J. U., & Weis, J. (2012). Cancer-related fatigue: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt international*, 109(9), 161-171. doi: 10.3238/arztebl.2012.0161
- Rougier, P., Van Cutsem, E., Bajetta, E., Niederle, N., Possinger, K., Labianca, R., ... Jacques, C. (1998). Randomised trial of

irinotecan versus fluorouracil by continuous infusion after fluorouracil failure in patients with metastatic colorectal cancer. *The Lancet*, 352(9138), 1407-1412. doi: 10.1016/S0140-6736(98)03085-2

Vivar, C. G., Canga, N., Canga, A. D., & Arantzamendi, M. (2009). The psychosocial impact of recurrence on cancer survivors and family members: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 724-736. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04939.x

靜
思
語

人要學習經得起
周圍人事的磨練而心不動搖，
並學習在動中保持心的寧靜。
~ 證嚴法師靜思語 ~

Learn to remain undisturbed
in the tumult of people and events.
Remain at peace within
even when busy and occupied.
~ Master Cheng Yen ~



The Experience of Caring for a Patient with Recurrent Colon Cancer Using Ferrans Conceptual Model of Quality of Life

Tsui-Lian Hung, Tzu-Chia Lin*

ABSTRACT

This case study reported the application of Ferrans Conceptual Model of Quality of Life in nursing a patient with recurrent colon cancer to improve the patient's quality of life. This patient was diagnosed with recurrent colon cancer and subsequently hospitalized in August, 2011 to receive chemotherapy. The discomfort and stress resulted from the recurrence and the treatment negatively influenced the patient's quality of life physically and psychologically. The nursing period lasted from August 31st to November 2nd in 2012, which was divided four 3-day admissions with two to three weeks interval in between each admission. The author collected and analyzed data through physical assessment, conversation and inspection of medical record. The major health problems were identified as altered nutrition (less than body requirements), fatigue and uncertainty. Through caring, listening, mental support, and individualized guidance on diet and health education, the patient's quality of life significantly improved. This report could serve as a reference for nursing staff that, by implementing individualized care and education, could improve the quality of life for cancer patients. (Tzu Chi Nursing Journal, 2016; 15:2, 109-118)

Keywords: fatigue, quality of life, recurrent cancer, uncertainty

RN, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital; Academic tutor, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital*

Accepted: November 7, 2015

Address correspondence to: Tsui-Lian Hung No. 539 Jhongsiao Rd., Chia-Yi City., Chia-Yi Christian Hospital.

Tel: 886-5-276-5041 #3196; E-mail: Q011017@gmail.com