

運用Watson關懷理論於結腸癌末期病人身心靈臨終照護之應用

高毓翎

中文摘要

本文描述一位結腸癌末期合併肝轉移之病人，由於疾病進展至末期，面臨身心靈衝擊之護理經驗，護理期間自2024年4月24日至2024年5月8日。以Watson關懷理論為基礎，從生理、心理、社會及靈性層面進行整體評估，確立病人有慢性疼痛、營養狀態少於身體所需及死亡焦慮之健康問題。護理過程中，除給予止痛藥物，還透過按摩、音樂及支持療法等非藥物方式緩解疼痛；根據病人營養需求對家屬進行飲食衛教及提供營養支持；面對病人因疾病無法治療之焦慮時，建議聆聽喜愛之音樂，並與安寧團隊合作，透過傾聽、回應及陪伴的技巧，鼓勵其表達內心感受，減少死亡焦慮，使其能以正面的態度尋求健康行為。期望此護理經驗能提供臨床護理人員日後照護之參考。(志為護理, 2026; 25:2, 157-166)

關鍵詞：Watson關懷理論；大腸癌；癌末病人

前言

根據行政院衛生福利部2023年統計資料顯示，癌症已蟬聯國人十大死因第一名長達42年，其中結腸直腸癌高居第三名(衛生福利部統計處, 2023)。癌末病人常飽受身體不適及各種治療的折磨，加上須面對即將死亡之事實，常出現生氣、無助、害怕、焦慮及哀傷等情緒反應，而這些情緒將導致生活品質下降，

並導致疾病的惡化(Solvik et al., 2020)。因此，臨床護理人員除照護癌末病人因疾病導致之不適，也應了解其面對疾病、死亡之感受。本文病人為結腸癌末期合併肝轉移之患者，此次住院主治醫師告知疾病已進展至無法接受更進一步醫療處置。筆者在照護初期常見病人面部表情憂愁，面對疾病本身造成的不適加上接收到疾病無法治癒之事實，病人呈現出焦慮之情形，因而引發筆者深入

三軍總醫院護理師

接受刊載：2025年9月17日

通訊作者地址：高毓翎 臺北市內湖區成功路二段325號

電話：886-963-920-714 電子信箱：alinda.123oo@gmail.com

探討動機，期能透過 Watson 關懷理論提供減輕其生、心理上的不適，協助其面對未知的焦慮，並透過轉介安寧緩和醫療共同照護模式讓病人能以正向態度面對死亡，以達善終。

文獻查證

一、癌症末期病人常見之生、心理症狀及護理

(一)生理

癌症末期病人常會出現疼痛、噁心嘔吐、倦怠、便秘、食慾不振及呼吸困難等生理症狀，其中，80%以上的癌症末期病人會出現疼痛症狀(Epstein et al., 2023)。疼痛的評估則依當下病人情況，意識清醒時，可採數字疼痛量表；無法清楚表達之病人則可使用視覺類比量表等不同之評估工具(Euasobhon et al., 2022)。目前癌症病人的疼痛管理，多依據世界衛生組織建議的給藥原則給予止痛藥物，但仍有多數病人因個人之多重因素，如情緒壓力及外在因素等，無法僅靠止痛藥物來緩解癌痛，特別是臨終的癌末病人(Epstein et al., 2023)。而疼痛為癌末病人及其家屬最恐懼的生理症狀，當疼痛已無法僅靠止痛藥物來解決時，可配合非藥物之輔助療法來緩解病人癌痛，經國外研究指出，用雙手指腹按摩癌症病人之頸部、上背部、手臂及手腳，避免發炎、傷口處及癌症骨轉移處，每周兩次，每次持續三十分鐘，可有效緩解疼痛、噁心及焦慮、憂鬱的情緒(Lopes-Júnior et al., 2020；Moosvi et al., 2022)。而撥放病人喜愛之輕音樂或詩歌，每天30分鐘，每天上下午各

一次，可根據病人病況自行調整撥放音樂的時間及長度，可使其心靈放鬆、分散疼痛注意力(Ruano et al., 2022)。癌症病人治療期間，熱量需求較一般人多，但常因疾病本身造成飲食量減少、代謝功能改變及腸胃吸收及消化變差，導致營養缺失，進而發展成惡病質，此為晚期癌症病人致死的主因之一，其定義性特徵包括近六個月內因腫瘤因素非自願性的體重減輕超過5%、C反應蛋白大於5mg/dL、進食量減少、活動能力減低、肌肉組織消耗增加、疲憊及虛弱(Muscaritoli et al., 2023)。在可進食的狀態下，可教導病人少量多餐攝取高熱量高蛋白飲食，當出現食慾不振之情形時，則可鼓勵病人挑選喜愛之食物，避免太油膩、太甜的食物，Furuya et al. (2022)研究指出，若癌末病人在無法自行攝取營養時，衛教家屬不強迫癌末病人進食，若無法達到營養所需可透過短期靜脈營養輸液提供營養支持，強調癌症末期在生活品質的舒適度比營養更顯得重要。

(二)心理

當癌末病人在面對死亡即將到來之事實時，須忍受疾病本身所帶來的不適，面對生命的即將消逝，通常也會出現生氣、無助、害怕、焦慮等心靈層面之問題，心理影響將導致疾病的惡化(Emanuel et al., 2023)。死亡對病人及家屬來說都是最難經歷的傷痛，其中，死亡焦慮為病人對病情持續惡化的未知性或瀕死出現之心理情緒，護理人員應運用傾聽、回應與澄清等溝通的技巧，瞭解病人面對死亡之內心感受(Wisesrith

et al., 2021)。文獻指出，聆聽自己喜愛之輕音樂或詩歌，每天30分鐘，每天兩次，可幫助癌症病人緩解焦慮之情緒(Nyashanu et al., 2021)。當病人有個人之宗教信仰時，亦可藉靈性之力量來幫助整理情緒，增進面對疾病之因應能力，進而緩和內心對死亡之焦慮(Wisesrith et al., 2021)。當癌末病人對未來產生不確定性、無望感及死亡焦慮時，可透過跨團隊的照護，如轉介安寧共照師提供安寧緩和醫療、聯絡社工師提供病人及家屬心靈層面之照護，讓其能在最舒適的狀態下，獲得身、心、靈上的滿足，並能在親屬陪伴下走完人生的最後一段旅程(Ernecoff et al., 2020)。

二、Watson關懷理論

主動關懷為護理照護之核心價值，Watson關懷理論使護理人員在照護病人的心理及靈性層面上，能有一個清楚明瞭之架構，讓臨床護理師能以此作為提供護理措施的準則(Aghaei et al., 2020)。此關懷理論包含十項照護因素，分別為：(一)建立人性化及利他之價值觀、(二)激發信心與希望、(三)培養對自我及他人的敏感性、(四)發展助人與信任的關係、(五)增進並接受正負向感受的表達、(六)有系統的使用科學性解決問題方法、(七)增進人際間教與學的互動、(八)提供支持性、保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境、(九)協助滿足人類基本需求、(十)允許存在現象學與靈性的力量(Watson, 1988)。癌症末期病人在生命的最後階段，常會產生多身、心、靈層面的問題，此時護理人員可依此關懷理論為參考依據，提供

癌末病人合適之護理措施及心理層面之支持、與病人發展良好之護病關係並建立信任感，滿足癌末病人身、心、靈層面照護需求的目標，進而提升照護品質(Aghaei et al., 2020)。

病人簡介

一、基本資料

張女士，75歲，已婚，育二女一子，國小畢，已退休，與丈夫同住，家中經濟來源為兒女們，信仰佛教，慣用語言為國、臺語。

二、疾病史與住院經過

無過敏史，本身有高血壓、高血脂，皆規則服藥控制；2020年3月左乳房惡性腫瘤手術切除，行畢化療12次；2022年1月診斷橫結腸腺癌第三期，2022年3月切除腫瘤後開始施打xelox化療藥物，共施打5次；2022年11月大腸癌轉移至肝臟行射頻燒灼術(radiofrequency ablation)，並開始施打第二療程化療藥物folfiri、avastin，但因癌腫瘤本身導致之疼痛，加上化療產生之噁心嘔吐、嘴破等副作用讓其倍感不適，致使病人第二療程之化療中斷，不願繼續完成，2024年4月24日因癌腫瘤疼痛難耐、胃口不佳及營養不足入院補充營養及尋求疼痛控制。4/25會診安寧共照，4/29召開安寧緩和會議並簽署預立安寧抉擇醫療意願書，於5/8安詳離世。

護理評估

一、生理層面

(一)呼吸及血管評估：

住院期間心跳節律偏快，心率93-118

次/分，收縮壓68-130mmHg、舒張壓57-66mmHg，雙腳霍曼氏徵象(Homan's sign)陰性，下肢末梢較冰冷、四肢末梢無發紺情形。胸廓外觀對稱、完整，呈橢圓形，前後徑與左右徑比約1:2；平時呼吸不費力，呼吸次數每分鐘約17次，無使用呼吸輔助肌。疼痛時呼吸次數可由17-18次/分上升至24-26次/分，呈淺快呼吸型態。經評估呼吸短促是因慢行疼痛之健康問題。

(二)肌肉骨骼系統評估：

身體兩側對稱，無脊柱側彎情形。入院時日常生活可自理，可自行下床活動，四肢肌肉力量為雙上肢5分，雙下肢4-5分，入院一周後自訴身體無力，執行日常活動均需旁人協助，需在家屬協助下才能坐於床旁活動，四肢肌肉力量皆4分。

(三)營養及代謝評估：

身高156公分，體重50公斤，身體質量指數:20.5kg/m²，自訴近六個月體重約下降3-5公斤，皮膚顏色較蒼白，臉頰凹陷、全身性黃疸，皮膚飽滿度與彈性差，雙下肢凹陷性水腫3-4+、腹水情形存。住院前由口進食，自訴近幾個禮拜食慾較差，三餐幾乎都只能吃半碗粥，且偶有噁心嘔吐情形，住院後觀察進食狀態每況愈下、喝水每次最多只能喝30ml，每天總飲水量僅約120ml，4/25「我吃東西都沒味道，看什麼都沒胃口。」、4/26女兒訴：「我東西都要把它切很碎，她才吃得下去，而且她都吃幾口就說吃不下了，比住院前吃更少。」4/24入院抽血albumin為2.9g/dl、Hb 8.5g/dl、CRP 25.97mg/dL。4/25觀察

白班只進食3小口粥、1/4個小蛋糕、飲用水60ml。經評估因癌症惡病質而產生營養少於身體所需之健康問題。

(四)排泄評估：

無腹瀉、便秘問題，聽診腸蠕動6~13次/分。住院前可自解尿液，住院期間記錄輸出量時，觀察病人尿液量少，每日約300-400ml，經醫師評估後於5/1放置導尿管，引流深黃色尿液，每日約650-800ml。

(五)神經及感覺評估：

4/24「我已經痛一段時間了，每天都一直痛，每次持續約5-10分鐘。」，評估入院前有止痛藥物oxycontin 10mg 1tab q12h po、apotramadol 37.5mg/325mg 1tab q12hprn po、lactam 500mg 1tab q6hprn po使用。4/25評估病人腹部感持續悶痛，疼痛分數6-8分，表示活動時會加劇疼痛至約9-10分，且疼痛時身體呈蜷曲姿勢。4/25「我肚子好痛，可以幫我打止痛藥嗎?」、「我痛到睡不著」。經評估惡性腫瘤侵犯而產生慢行疼痛之健康問題。

二、心理層面

家屬代訴平時病人在家喜歡至公園散步散心或與先生聊天談心，剛住院時觀察面部表情淡漠、神情憔悴，較沉默寡言，與家人互動較少，入院後食慾、體力逐漸下降，且持續感到癌腫瘤導致之疼痛不適，4/25醫師評估後建議安寧共照介入提供症狀控制，召開家庭會議說明病情進展，觀察病人眼神多迴避。4/25「醫生有提到安寧治療，但我覺得我還沒準備好面對死亡。」、4/26觀察病人抱著女兒流淚表示自己很害怕死

亡，言語及表情都透漏著對死亡的焦慮與害怕。4/27會談時表示「我不想造成家人的負擔，好想趕快治療好回家」，擔心自己麻煩別人，執行護理治療時情緒多顯低落，少與醫護人員互動。經評估情緒低落是因死亡焦慮之健康問題。

三、社會層面

病人為75歲女性，依Erikson的心理社會發展理論為老年期的悲觀絕望階段，住院前病人多待在家中與先生相處，家庭氣氛佳，少有社交活動，住院期間由兩位女兒輪流照護，兒子和先生常會過來探視，剛住院時面部表情淡漠、較沉默寡言，與家人互動較少，4/25家庭會議後女兒「如果媽媽真的治不好了，我們尊重她自己的決定。」4/27「小孩都不在臺北，我走了我先生怎麼辦？」、5/1女兒「媽媽說她放不下爸爸一個人，很焦慮離開世界。」，綜觀上述病人尚未準備好面對臨終，故有死亡焦慮之護理問題。

四、靈性層面

病人信仰佛教，自訴平常生活上若有遇到不順心的事時，會至宮廟或在內心請求佛祖保佑，且會唸經以尋求心靈上的慰藉，此次住院期間也多次於床邊朗誦佛經來尋求心靈上之支持。會談時病人表住院前未和家人認真討論過死亡的議題，常獨自面對死亡的恐懼。4/25「我的身體真的好痛，怎麼辦，我不是快要死了？」、「我真的好累，我每天都會祈求佛祖減輕我的痛苦。」

問題確立

經由上述整體性評估整理確立健康問

題如下：

- 一、慢性疼痛/惡性腫瘤侵犯
- 二、營養少於身體所需/癌症惡病質
- 三、死亡焦慮/病人尚未準備好面對臨終

護理措施

護理措施根據Watson關懷理論，執行過程分三方面(一)緩解惡性腫瘤慢性疼痛、(二)提供營養所需及飲食衛教、(三)提供癌末身心靈支持及臨終資訊，分述如下：

(一)緩解惡性腫瘤慢性疼痛(4/24-5/8)

1.有系統的使用科學性解決問題方法：

每班根據病人意識狀態，清醒時，採數字疼痛量表，已無法清楚表達時使用臉譜量表或視覺類比量表進行疼痛評估，評估疼痛之部位、性質及持續時間。4/24依醫囑給予止痛藥物oxycontin 10mg 1tab q12h po，並持續監測有無藥物副作用，於60分鐘後進行疼痛評估，自訴可緩解至3-4分痛。4/25依醫囑給予止痛藥物morphine 10mg q6hrn IV，於30分鐘後進行疼痛評估，自訴可緩解至2-3分痛。於4/28病人表現存止痛藥物無法有效緩解疼痛，故與醫師討論止痛藥物之調整，依醫囑予止痛貼片fentanyl 25mcg/hr 1PCE Q3D TD，自述醫師開立止痛貼片使用後疼痛較之前緩解，表腹部感間歇性悶痛，疼痛分數2分，可忍受。

2.發展助人與信任的關係：

4/26在會談下鼓勵病人說出先前之疼痛控制經驗及成效，並給予傾聽及陪伴，協助其找出最適合之疼痛控制方式。5/7訴：「女兒幫我按摩後都有覺得比較舒服，尤其是按肩頸的地方，好像

會暫時忘記疼痛。」

3.增進人際間教與學的互動：

4/27教導病人及家屬每周可至少兩次以指壓方式按摩肩頸、上背部及四肢肌肉，並須特別注意避免按壓發炎、傷口及腹部腫瘤處，每次按摩約30分鐘。4/27教導家屬可以手機或錄音機撥放病人喜愛之音樂或佛經，每天30分鐘，每天上下午各一次，可根據病人病況自行調整撥放音樂的時間及長度，以分散疼痛注意力。4/30可自主拿起手機播放自己喜愛之臺語歌。4/27-5/7觀察女兒可主動以指腹用按壓方式幫病人按摩肩膀及四肢，時間約20-30分鐘，按摩後觀察病人面部表情平穩，因無法清楚表達，使用臉譜量表評估疼痛約1-2分。5/8病人離世，家屬表因住院期間醫療團隊有調整止痛藥物使用，加上有予病人按摩、聆聽佛經等非藥物止痛方法，病人離世前無疼痛主訴且面部表情安詳平穩。

(二)提供營養所需及飲食衛教(4/25-5/8)

1.有系統的使用科學性解決問題方法：每班以觸診、聽診之方式評估腹脹、腸蠕動情形，觀察進食後是否有噁心、嘔吐情形。照護期間統計輸出入量，評估營養需求。4/25與醫療團隊討論後協助會診營養師，根據病人病況、體重評估後選擇倍力素(熱量280kcal/220ml)，每次60cc，一天分四次，在病人進食狀態差時搭配使用，增加營養攝取。4/25與醫療團隊討論後會診營養小組，根據病人病況及身體評估，在病人營養攝取不足的狀態下，輔予靜脈輸液PPN補充。

2.激發信心與希望：照護期間探視病人時詢問病人今日進食狀況，於進食後給予適當鼓勵及支持。4/28早餐進食營養師建議之倍力素，午餐進食1碗小米粥、半碗鱸魚湯，晚餐進食1碗廣東粥，點心為1個布丁，共約1,480~1,600卡。

3.提供支持性保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境：4/26鼓勵家屬與病人一同進食，增加進食樂趣；教導家屬備餐技巧，準備高蛋白、高熱量或病人喜愛之餐點。早餐：麵包、牛奶；午晚餐：鱸魚湯、鹹粥、蒸蛋，餐間可搭配病人喜愛之小點心，如：蛋糕、布丁。4/28訴：「我女兒都會帶我最喜歡吃的鱸魚湯，雖然喝不完，但能吃到想吃的覺得很滿足，能跟女兒一起吃飯也很開心。」5/1女兒訴：「媽媽可選擇喜歡的五穀粉沖泡倍力素，並照營養師建議的飲用方式喝完倍力素。」5/3病況加劇，主要進食倍力素及流質點心，一整天由口進食總熱量約600-800卡。5/8病人離世，家屬表示住院期間透過醫療團隊及營養師建議，病人在臨終前可自行選擇喜愛之食物少量多餐進食，滿足口腹之慾。

(三)提供癌末身心靈支持及臨終資訊(4/25-5/8)

1.發展助人與信任的關係：每次提供護理措施前，主動與病人說明預計做的照護計畫之內容及原因，並多次關懷、探視病人，建立良好之信任關係，並詢問其不想繼續接受目前醫療處置的原因，耐心的傾聽其想法。

2.提供支持性保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境：

3. 會談時拉上床簾，提供病人單獨、安靜且隱私之環境，以開放式會談方式鼓勵其說出內心感受。4/28訴：「我知道自己目前的病況已經不能再接受治療了，可能也剩不到幾個月的時間，有點難過，但害怕回家會造成家人負擔。」

4. 有系統的使用科學性解決問題方法：4/25衛教病人可以手機或錄音機聆聽自己喜愛之輕音樂或佛經，每天30分鐘，每天兩次，幫助緩解焦慮之情緒。4/25由醫師召開家庭會議說明病情進展並協助轉介安寧共照。4/28由安寧共照師引導其進行生命回顧，重新了解生命的意義與價值。4/29安寧護理師與病人及家屬召開安寧緩和會議，能與家屬討論是否要轉往安寧病房或出院接受安寧居家照護，並簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。

5. 激發信心與希望：照護期間予以傾聽、給予正向支持(如：你願意說出你現在的感受真的很棒!)，使其能以正向的態度追求健康行為。4/27與醫療團隊討論後協助會診安寧共照師，向病人介紹安寧共照、安寧病房與居家安寧，澄清安寧並非等死，而是與安寧團隊共同照護提供其症狀緩解之照護，鼓勵表達看法或提出疑問，傾聽其感受並適時給予澄清。5/1鼓勵家屬與病人一同回憶過往，重新了解生命的價值及意義，並以「道愛」、「道別」、「道歉」、「道謝」來與病人訴說內心想法，肯定其存在的價值。(如：與女兒一起回憶過往發生之難忘事件、觀看昔日之照片)。4/30訴：「我有跟我女兒討論過了，我比較想待在醫院接受安寧，感覺醫院比較能

即時處理我不舒服的症狀。」5/2家屬訴：「後來我們有跟媽媽說過，之後會跟弟弟輪流回家照顧爸爸，叫她不要擔心，媽媽有比較放心。」5/6感到不適時能請女兒轉告護理人員尋求醫療協助、住院期間觀察家屬在病人床頭以手機撥放佛經，播放後觀察病人面部表情由皺眉轉為放鬆，面部表情較平穩。5/8病人離世，家屬皆陪在病人身旁，撫摸其臉龐、雙手，與病人作最後的道愛、道別、道歉及道謝，家屬表示臨終前病人有表達心裡感受及遺願，感謝醫療團隊緩解癌末所導致之不適症狀。

6. 允許存在現象學與靈性的力量：4/27鼓勵可藉個人宗教信仰以調節內心感受，尋求心靈上之慰藉(如：朗誦佛經、聆聽佛教歌曲)。4/28「我現在只要一難過就會念經，我覺得念經完心情會比較放鬆，也比較不會想那麼多。」、「跟我女兒聊一些過去發生的事或聽一些輕音樂或佛經也可以讓我心情稍微變好一點，難過的情緒會少一點。」

討論與結論

本文描述一位結腸癌末期合併肝轉移之病人，因病情惡化出現疼痛及營養需求之問題，根據所查文獻，筆者使用按摩、音樂治療等方式，協助病人緩解疼痛；營養方面，透過跨團隊會診營養師，根據病人營養狀況及疾病進展進行營養管理；在瀕臨死亡焦慮而影響生、心、靈、社會層面之衝擊，運用Watson關懷理論提供病人合適之護理措施，護理過程秉持全人照護理念，確保病人得到全面支持，並透過安寧共照之介入，

提供病人臨終症狀管理。然礙於此次照護期間過短，加上病人面對生命末期的焦慮與害怕，無法快速建立良好之護病關係，心靈層面需求有些需透過家屬得知，為筆者剛接觸病人的限制，透過家屬引導及主動關懷逐漸與病人建立良好互動。病人表示透過按摩可有效緩解疼痛，執行過程前教導病人及家屬應避免按壓腹部腫瘤患處，與研究性文章相符，建議可設計按摩緩解疼痛之指導單張；癌末飲食衛教時，口頭提供資訊有限，且一次敘述太多資訊病人及家屬無法完全吸收，建議設計癌末飲食熱量衛教單張，列舉適合與不適合之食物種類，提供病人、家屬參考和選擇。當病人有宗教信仰時，建議可提供醫院宗教師資源，喪親家屬亦可提供心理師、社工師給予陪伴和哀傷輔導，以減輕哀傷情緒和走出哀傷。

參考文獻

- 衛生福利部統計處(2023)·112年死因統計結果分析。https://www.mohw.gov.tw/cp-6650-79055-1.html
- Aghaei, M. H., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2020). Watson's human caring theory-based palliative care: A discussion paper. *International Journal of Cancer Management*, 13(6), e103027. https://doi.org/10.5812/ijcm.103027
- Emanuel, L. L., Solomon, S., Chochinov, H. M., Delgado Guay, M. O., Handzo, G., Hauser, J., Kittelson, S., O'Mahony, S., Quest, T. E., Rabow, M. W., Schoppee, T. M., Wilkie, D. J., Yao, Y., & Fitchett, G. (2023). Death anxiety and correlates in cancer patients receiving palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 26(2), 235-243. https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0052
- Epstein, A. S., Liou, K. T., Romero, S. A. D., Baser, R. E., Wong, G., Xiao, H., Mo, Z., Walker, D., MacLeod, J., Li, Q., Barton-Burke, M., Deng, G. E., Panageas, K. S., Farrar, J. T., & Mao, J. J. (2023). Acupuncture vs massage for pain in patients living with advanced cancer: The IMPACT randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association Network Open*, 6(11), e2342482. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.42482
- Ernecoff, N. C., Wessell, K. L., Hanson, L. C., Dusetzina, S. B., Shea, C. M., Weinberger, M., & Bennett, A. V. (2020). Elements of palliative care in the last 6 months of life: Frequency, predictors, and timing. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 753-761. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05349-0
- Euasobhon, P., Atisook, R., Bumrunghatudom, K., Zinboonyahoon, N., Saisavoey, N., & Jensen, M. P. (2022). Reliability and responsiveness of pain intensity scales in individuals with chronic pain. *Pain*, 163(12), e1184 - e1191. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002692
- Furuya, J., Suzuki, H., Hidaka, R., Matsubara, C., Motomatsu, Y., Kabasawa, Y., Tohara, H., Sato, Y., Miyake, S., & Minakuchi, S. (2022). Association between oral health and advisability of oral feeding in advanced cancer patients receiving palliative care:

- A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 30(7), 5779-5788. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06984-w>
- Lopes-Júnior, L. C., Rosa, G. S., Pessanha, R. M., Schuab, S., Nunes, K. Z., & Amorim, M. H. C. (2020). Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 28, e3377. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>
- Moosvi, K., Schoppee, T. M., Xavier, S., Henderson, K., Suarez, M. L., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2022). Feasibility and burden of lay caregivers providing daily massages to patients with cancer receiving hospice and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 39(12), 1475-1483. <https://doi.org/10.1177/10499091221105881>
- Muscaritoli, M., Imbimbo, G., Jager-Wittenaar, H., Cederholm, T., Rothenberg, E., di Girolamo, F. G., Amabile, M. I., Sealy, M., Schneider, S., Barazzoni, R., Biolo, G., & Molino, A. (2023). Disease-related malnutrition with inflammation and cachexia. *Clinical Nutrition*, 42(8), 1475-1479. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.05.013>
- Nyashanu, M., Ikhile, D., & Pfende, F. (2021). Exploring the efficacy of music in palliative care: A scoping review. *Palliative & Supportive Care*, 19(3), 355-360. <https://doi.org/10.1017/s1478951520001042>
- Ruano, A., García-Torres, F., Gilvez-Lara, M., & Moriana, J. A. (2022). Psychological and non-pharmacologic treatments for pain in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), e505-e520. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021>
- Solvik, E., Ytrehus, S., Utne, I., & Grov, E. K. (2020). Pain, fatigue, anxiety and depression in older home-dwelling people with cancer. *Nursing Open*, 7(1), 430-438. <https://doi.org/10.1002/nop2.406>
- Watson, M. J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 175-181. <https://doi.org/10.1177/089431848800100411>
- Wisarith, W., Sukcharoen, P., & Sripinkaew, K. (2021). Spiritual care needs of terminal III cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(12), 3773-3779. <https://doi.org/10.31557/apjcp.2021.22.12.3773>

Application of Watson's Caring Theory in Holistic End-of-Life Care for a Patient with Terminal Colorectal Cancer

Yu-Ling Kao

ABSTRACT

This article describes the nursing experience of a patient with terminal colon cancer combined with liver metastasis during the care period from April 24, 2024, to May 8, 2024. Based on Watson's Caring Theory, assessments were conducted from physiological, psychological, social, and spiritual aspects, identifying issues such as chronic pain, nutritional deficiency, and death anxiety. During the nursing process, in addition to pain medication, non-pharmacological methods like massage, music, and supportive therapy were used to relieve pain. Nutritional support was provided, along with dietary education for the family. When the patient felt anxious due to the untreatable condition, listening to music was encouraged, and collaboration with the hospice team was fostered. Through listening, responding, and companionship, patients were encouraged to express their feelings, reducing death anxiety and promoting the pursuit of healthy behaviors with a positive attitude. It is hoped that this nursing experience can offer reference for clinical care personnel in the future. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:2, 157-166)

Keywords: Watson's caring theory, colon cancer, terminal cancer patient

RN, Tri-Service General Hospital

Accepted: September 17, 2025

Address correspondence to: Kao, Yu-Ling No. 325, Sec. 2, Chenggong Rd., Neihu Dist., Taipei City 114202, Taiwan

Tel: 886-963-920-714 E-mail: alinda.123oo@gmail.com