

運用羅氏適應模式於反覆插管之 末期慢性阻塞性肺病重症安寧決策護理經驗

賴柔昕¹、劉芝妤^{1,2}

臺中榮民總醫院嘉義分院 護理部¹、崇仁醫護管理專科學校 護理科²

摘要

本文描述一位末期慢性阻塞性肺病個案，因歷經多次病危與插管治療，家屬在決策過程中產生情感衝突與哀傷反應，導致高度呼吸依賴，最終脫離呼吸器完成善終決策的重症安寧照護經驗。照護期間 2024 年 10 月 18 日至 11 月 5 日，運用羅氏適應模式進行整體評估，透過觀察、會談、身體評估及查閱病歷等方式，確立主要健康問題包括氣體交換障礙、家庭因應能力失調及預期性哀傷。護理措施包含感染控制、氧氣、藥物治療及執行呼吸訓練以維持呼吸功能及成功脫離呼吸器；透過家庭會議與安寧團隊引導家屬理解病情與預後，促成家屬與個案達成不施行心肺復甦術與安寧照護共識及決策共識，引導四道人生、延長探視時間，協助個案與家屬在情感與心理層面達到和解與安寧，個案最終在家屬陪伴下安詳離世。建議臨床護理師應及早辨識病人及家屬安寧需求之敏感度，強化病人與家屬醫療決策參與，並整合安寧照護，以提升重症病人的末期照護品質與善終實踐。（澄清醫護管理雜誌 2026；22（4）：73-82）

關鍵詞：羅氏適應模式、安寧療護、善終決策、慢性阻塞性肺病、加護病房

通訊作者：劉芝妤
通訊地址：嘉義市西區世賢路二段 600 號
E-mail：nina34134134@gmail.com

受理日期：2026 年 3 月；接受刊載：2026 年 6 月

前言

慢性阻塞性肺病（Chronic Obstruction Pulmonary Disease, COPD）常見症狀為呼吸困難、慢性咳嗽及疲勞，據世界衛生組織資料顯示，COPD 在 2021 年造成 350 萬人死亡，為全球第四大死因，在國內，2024 年有超過 6,000 人死於慢性呼吸道疾病 [1,2]。2009 年 COPD 納入健保安寧照護對象，2019 年實施病人自主權利法，保障末期病人預立醫療決定的權利。然而，國內非癌末期病人使用安寧療護比例僅 3.8%，顯著低於癌末病人之 96%。由於 COPD 病程變化不定，導致介入安寧照護時機延遲、比例偏低，影響病人末期生活品質，亦增加醫療負擔 [3,4]。

本文探討一位反覆置入氣管內管的 COPD 病人，歷經多次的病危與重症照護，家屬間溝通不良、缺乏對病情與醫療決策的理解，導致治療決策遲疑，使個案需忍受反覆插管的生理痛苦與心理折磨，家屬產生情感矛盾而出現不捨、情緒失落等表現，使得個案自主意願被忽視而延長醫療處置，故引發深入探討之動機，期望重症護理師在照護類似個案時能作為參考。

文獻探討

一、末期 COPD 病人呼吸困難照護策略

COPD 為進行性且不可逆之疾病，病人常受持續性呼吸困難影響，導致生活品質下降 [5]。對於病程急性反覆惡化進展合併高碳酸血症，需氧氣療法或非侵襲性通氣者，非藥物介入如前傾姿勢、

噘嘴呼吸及手持風扇等，能減輕呼吸困難與主觀不適感 [5,6]；呼吸肌訓練及放鬆訓練有助緩解疲勞與焦慮；肺部復健可改善運動耐受力與肌力 [6]。蒸氣吸入、姿位引流及使用高頻胸壁震盪儀有助於痰液排出，改善肺功能與氣體交換 [7]。結合抬高床頭、高坐臥姿、手部衛生與每天 3 次使用氯己定（Chlorhexidine, CHX）口腔照護等措施，能降低肺部感染風險，避免疾病惡化 [8,9]。

二、預期性哀傷之安寧護理策略

COPD 病人因病程惡化出現無力、失落與負面自我認同，面對生命即將流逝產生悲傷、哀傷 [10,11]。末期照護護理師應辨識並接納病人與家屬的情緒反應，運用敘事性對話與生命回顧，引導聚焦「道謝、道歉、道愛、道別」，協助重整情感經驗並賦予生命歷程意義，結合安寧團隊提供心理支持，有助調適哀傷 [12]。安寧照護應與常規治療並行，重視早期需求評估、跨專業合作與以病人為中心的全人關懷，以提升照護品質與尊嚴，並減輕照顧者壓力 [4]。

三、決策衝突與家庭因應能力失調之照護策略

重症病人病情惡化或突發變化時，家屬往往需在短時間內做出高風險且結果不確定的醫療決策。若家屬間溝通不足、對醫療資訊理解有限，或存在價值觀分歧，易導致決策衝突 [11,13]。家屬常因責任感與照顧承諾傾向延續生命治療，並可能為維持家庭關係和諧而避免與病人討論臨終末期意願，進而衍生內在衝突與預期性哀傷 [14]。透過召開家庭會議，提供開放溝通的平台，協助病人與家屬釐清照護目標與治療偏好，辨識情緒困境，藉由情緒支持、角色調適與正向引導，降低決策焦慮，促進醫療共識與家庭功能，提升末期照護整體決策品質 [15]。

護理評估

一、個案簡介

吳先生 87 歲，國小畢業，原為餐飲業，已退休多年。無藥物及食物過敏史，抽菸五十多年已戒菸。COPD、前列腺肥大、胃潰瘍、頸椎間盤突出病史，有規則服藥，十年前因頸椎間盤突出第一、第二節開刀。育有一男一女，與兒子、媳婦同住，兒子為主要決策者，經濟小康，可負擔醫療費用。

二、發病過程與治療經過

8/10 因發燒、嘔吐大量咖啡色液體，胃鏡檢查：十二指腸潰瘍有活動性出血情形。8/14 低血壓、血色素：7.3g/dL 入院切除十二指腸及二分之一胃，行胃空腸吻合術，入加護病房治療期間，因呼吸急促，病況不穩二度插管，直至 10/16 轉普通病房。10/18 發燒、呼吸喘、意識改變，非侵入性正壓呼吸器使用下血氧 80-82%，再度入加護病房插管治療。

三、整體性評估

照護期間 2024/10/18-11/5，運用羅氏適應模式，藉由觀察、會談、身體評估及查閱病歷等方式收集資料，彙整如下：

（一）生理層面

1. 氧合與循環

10/18 案子代訴：「爸就突然說自己吸不到氣，看起來很痛苦的樣子。」意識狀況 E3V1M4，呼吸短促 30-35 次 / 分，胸鎖乳突肌用力，BiPAP 15L/min 使用下血氧 79-80%，聽診呼吸音呈濕囉音，抽吸出大量灰色黏稠痰液，胸部 X 光：雙下肺葉浸潤，留取痰液培養：碳青黴烯類抗藥性綠膿桿菌（Carbapenem-resistance *Pseudomonas Aeruginosa*, CRPA），抽血 WBC：115,000/uL、CRP：15mg/dL，ABG pH：7.312、PaCO₂：113mmHg、PaOPMingLiU：68.6mmHg。10/20 意識狀況 E4VEM6，能自咳痰液至氣管內管管徑上，每小時需協助抽痰。

2. 營養

10/18 身高 177 公分，體重 60.3 公斤，BMI 為 19kg/m²，皮膚乾燥無水腫，查閱病歷行胃部分切除術後，在病房期間熱量攝取 1,500 卡 / 天；兒子代訴住院期間每天可由口飲用五瓶配方奶。10/18 放置鼻胃管留置，觸診腹部柔軟，聽診腸蠕動音 6-12 次 / 分，使用灌食幫浦管灌預解配方熱量 1,500 卡 / 天。10/20 每四小時反抽鼻胃管無胃餘量，改為重力式管灌，增加至高蛋白配方熱量 1,500 卡 / 天。

3. 體液電解質與排泄

10/18 案子代訴有服用攝護腺肥大藥物，排尿、排便正常，抽血報告鈉離子：137mEq/L、鉀離子：3.7mEq/L、鈣離子：8.0mEq/L，入加護病房後放置導尿管，尿液呈黃色無沉澱物。10/21 三天未解便，行腹部電腦斷層：空腸吻合處無異常，無腸阻塞徵

象，10/22 行小量灌腸，後續每三天可解黃軟便一至兩次。

4. 活動與休息

10/18 案子表示個案近五年開始走路需扶著牆壁或是使用拐杖輔助，走幾步路就會感到喘，活動範圍受限於一樓；每天在家睡眠時間約 7-8 小時，睡眠無中斷。10/19 個案筆談表示呼吸器警報聲及身上管路困擾而難以入眠，夜間睡眠僅 3-4 小時，10/22 依醫囑 Quetiapine 25mg 1Tab PO 睡前服用，夜間可入睡 6 小時。

5. 感覺與知覺

10/18 案子表示個案昨天意識清楚，雙眼老花，閱讀時需配戴老花眼鏡，說話對答邏輯清晰。10/18 意識狀況 E3V1M4，10/19 氣管內管留置，意識 E4VEM6，可筆談溝通。

6. 神經內分泌

有頸椎間盤突出病史，10/18 四肢肌肉 4 分；無糖尿病史，10/18-11/5 飯前血糖維持於 127-150mg/dL。

7. 性

生殖系統外觀正常，皮膚完整無異常分泌物，育有一男一女，太太已離世多年。

（二）自我概念

1. 身體自我

10/18 個案歷經第三次插管，對自身身體狀況之掌控感明顯下降，表情呈現淡漠，並以手勢指向自己及做出死亡象徵動作，顯示其對身體功能衰退與生命終結之高度覺察。住院期間因反覆呼吸衰竭及侵入性治療，導致個案對身體自我產生無力感與負向感受。10 月 21 日協助下床復健時，個案表現出被動配合、眼神空洞。

2. 人格自我

依據艾瑞克森社會心理發展理論，個案處於老年期「自我統整對悲觀絕望」之發展階段。雖對子女皆已成家立業表達滿足與肯定，然因高齡及疾病反覆惡化，住院期間多次流露對生命延續之無力感與失望情緒。10/27 個案透過筆談無奈表示：「醫生說我的病不會好了，藥吃這麼久、連香菸都戒掉，還是撐不過這一關。」多次流露對疾病預後缺乏希望及對生命的無力感。

3. 人際自我

個案在住院與反覆插管過程中，逐漸減少主動表達需求，傾向以非語言方式傳達內在感受，顯示其在人際互動中轉為退縮與被動。雖仍關心家屬感受，避免增加家人負擔，但其壓抑自身情緒之行為，反映出角色轉變下個案在人際關係中呈現情感收斂、依附需求增加，卻同時伴隨自我孤立與情感壓抑之現象。

（三）角色功能

第一角色為 87 歲已婚男性，第二角色為先生、父親，主要決策者為兒子，10/18 案子接到醫院對話通知病危，激動的表示：「當然要趕快插管！昨天不是還好好的嗎？突然變這樣我怎麼能接受！」，10/19 案女看見個案虛弱插管的模樣，語帶哀傷表示：「為什麼哥哥還是堅持要救…我已經不想再看爸爸這麼痛苦了。」10/20 案女表示：「醫師病情解釋時可以也通知我嗎？我想知道爸爸詳細的狀況，也怕哥哥做了甚麼決定卻不跟我說。」第三角色為病人，住院期間可配合治療。

（四）相互依賴模式

10/25 案子：「我知道爸爸其實一直很想活下去，只是不想造成我們的麻煩，如果我簽了放棄急救，爸爸會不會覺得我們放棄他了。」案女表示：「雖然希望爸爸可以舒服一點，但我其實還沒辦法接受爸爸離開我們。」10/26 詢問急救意願，個案搖頭，並筆談表示：「不想再看兒女為我擔心。」11/1 案子擔憂地表示：「狀況變差的時候，你們可以趕快通知我嗎？我怕來不及見最後一面。」

問題確立

依上述羅氏適應模式評估後，確立健康問題：氣體交換障礙 / 肺部感染、高碳酸血症影響呼吸中樞；家庭因應能力失調 / 病情急遽惡化家庭成員產生決策衝突；預期性哀傷 / 面對病情惡化，家屬表現出對末期事實的否認與情感抗拒；活動無耐力 / 肺部通氣不足使氧氣供需不平衡及臥床時間增加；沐浴、穿著自我照顧能力缺失 / 肌肉骨骼障礙；營養狀況改變：少於身體所需 / 疾病末期使得腸胃機能無法消化、吸收養分。篇幅限制，以 Maslow 需求、影響個案心理衝擊及家庭問題，摘錄前三項健康問題計劃，內容如下。

護理計畫

問題一、氣體交換障礙 / 肺部感染、高碳酸血症影響呼吸中樞（10/18-10/28）

主/客觀資料	第一層次評估（行為評估） S1：10/18案子代訴個案近五年開始走路需扶著牆壁或是使用拐杖輔助，走幾步路就會感到喘，甚至要停下來休息，活動範圍受限於一樓。 S2：10/18案子代訴：「爸就突然說自己吸不到氣，看起來很痛苦的樣子。」 O1：個案二十年前診斷為COPD。 O2：10/18個案意識E3V1M4，呼吸短促30-35次/分，胸鎖乳突肌用力，BiPAP 15L/min使用，周邊血氧79-80%，聽診呼吸音呈濕囉音，抽吸出大量灰色黏稠痰液。 O3：10/18胸部X光：雙下肺葉浸潤。 O4：10/18痰液培養：CRPA，抽血WBC：115,000/uL、CRP：15mg/dL。 O5：10/18 ABG pH：7.312、PaCO₂：113mmHg、PaO₂：68.6mmHg。 O6：10/20個案能自咳痰液至氣管內管管徑上，性質呈灰色黏稠狀，每小時需抽痰一至兩次。 第二層次評估（影響因素評估） 1. 主要刺激：慢性肺部阻塞疾病導致呼吸困難加重。 2. 相關刺激：炎症反應引起COPD惡化。 3. 剩餘刺激：二氧化碳蓄積引發高碳酸血症。
護理目標	1. 10/21使用呼吸器期間，血氧維持大於90%。 2. 10/25抽痰頻率能降低至兩小時一次。 3. 10/28個案能脫離呼吸器，且血液中二氧化碳濃度小於45mmHg。
護理措施	1. 10/18協助醫師放置7.5號氣管內管固定於21公分，接呼吸器A/C模式，提供足夠氧合。 2. 照護期間每兩小時監測血氧濃度，協助使用無菌技術抽痰，抽痰時觀察個案痰液狀況，並記錄痰液性質、量及顏色。 3. 照護期間維持床頭抬高30度，每8小時使用含CHX漱口水清潔口腔一次，預防吸入性肺炎。 4. 10/18-10/28每班監測呼吸音、呼吸型態，評估個案是否能順應呼吸器。 5. 10/18-10/28三餐飯前及睡前使用高頻胸壁震盪儀拍痰十五分鐘，以利痰液排出。 6. 10/18-10/28依醫囑給予支氣管擴張劑Ipratropium-0.5+Salbutamol-2.5ml INH QID、化痰藥物Acetylcysteine 600mg 1TAB PO BID，鼓勵多深呼吸咳嗽，促進痰液排出。 7. 依醫囑給予抗生素治療：10/18白血球上升，使用廣效性Pipercillin+Tazobactam 4.5g 1vial IV Q6H（10/18-10/20），10/20報告結果顯示10/18留取之痰液培養為CRPA，主治醫師更改抗生素為Ceftazidime 2gm 1 VIAL IV Q12H（10/20-10/23），10/23感染科評估後建議改為Cefepime 2000mg IV Q12H（10/23-10/28）。 8. 照護期間每兩小時監測體溫，依醫囑每周一、四執行血液常規檢查、追蹤胸部X光報告，並留取痰液培養追蹤感染狀況。 9. 10/20會診營養師調整管灌配方1,500卡/天、高蛋白30克，提供足夠的營養維持呼吸肌功能。 10. 10/21-10/28早晚使用水平移位椅下床、每次至少一小時，透過維持高位坐姿幫助肺部擴張。 11. 10/23-10/28呼吸治療師依醫囑使用PS模式呼吸訓練八小時，每2小時密切觀察個案呼吸型態、呼吸次數、血氧變化、有無使用呼吸輔助肌，警報聲響時立即前往查看並排除原因。

問題一、氣體交換障礙 / 肺部感染、高碳酸血症影響呼吸中樞（10/18-10/28）（續）

護理評估	1. 10/19呼吸器A/C模式、FiO₂：40%、TV：580ml、Rate：14次/分、PEEP：5cm H₂O，動脈血液氣體分析pH：7.450、PaCO₂：33.1mmHg、PO₂：118.3mmHg、SO₂：99.4%，呼吸次數15-17次/分，周邊血氧98%。 2. 10/24協助抽痰，痰液呈白稀狀，抽痰頻率兩小時一次，胸部X光顯示雙側浸潤改善、雙肺過度充氣、無肺炎徵象。 3. 10/26使用PS12模式執行呼吸訓練八小時，呼吸平順20-25次/分，周邊血氧95-100%。 4. 10/28個案意識E4VEM6，RSI：85、cuff leak：310ml，移除氣管內管後，N/C 3L/min使用，周邊血氧94-97%。ABG pH：7.452、PaCO₂：30.1mmHg、PaO₂：95.8mmHg、SO₂：92.4%。 整體評估及後續照護計畫 11/5個案意識改變，V/M 50% 8L/min使用下，pH：6.218、PaCO₂：over range，家屬已簽署DNR，拒絕使用非侵襲性正壓呼吸器，家屬到院病危探視，在家屬陪同下返家。
------	---

問題二、家庭因應能力失調 / 病情急遽惡化家庭成員產生決策衝突（10/18-11/5）

主/客觀資料	第一層次評估（行為評估） S1：10/18案子：「當然要趕快插管！昨天不是還好好的嗎？突然變這樣我怎麼能接受！」 S2：10/19案女：「為什麼哥哥還是堅持要插管？我已經不想再看爸爸這麼痛苦了。」 S3：10/20案女：「醫師要病情解釋的時候可以也通知我嗎？我想知道爸爸詳細的狀況，也怕哥哥做了什麼決定卻不跟我說。」 S4：10/25案子：「我知道爸爸其實一直很想活下去，只是不想造成我們的麻煩，如果我簽了放棄急救，爸爸會不會覺得我們放棄他了。」 第二層次評估（影響因素評估） 1. 主要刺激：個案病情急遽惡化，需短時間做出決策。 2. 相關刺激：個案及家庭成員未曾討論過生命決策。 3. 剩餘刺激：兒女關係疏遠、缺乏共識。
護理目標	1. 10/25家屬能清楚表達個人想法與治療方向。 2. 10/28家屬與個案能達成醫療決策共識。 3. 11/22家屬能達成安寧療護決策共識，並表達接受個案善終照護安排。
護理措施	1. 10/18透過自我介紹、友善的態度與家屬、個案建立治療性關係，溝通時語氣放慢，且避免使用醫療術語。 2. 10/19給予情緒激動之案女心理支持，並鼓勵案女主動向案子詢問並了解做出決策之原因。 3. 10/20評估個案主要決策者為案子、次要決策者為案女。 4. 10/22因案子與案女不同住，平常鮮少聯絡關係較疏離，雙方皆難以開口討論決策內容，故會客時間引導家屬至會議室，安排社工師與家屬會談，鼓勵家屬說出內心想法，並釐清各自對於治療計畫抱持之期待。 5. 10/23個案呼吸訓練情形不穩定，肺部功能逐漸退化，主治醫師與家屬約時間病情解釋，協助告知家庭成員，並協調成員皆能到場之時間點，確保家屬間無資訊誤差。

問題二、家庭因應能力失調 / 病情急遽惡化家庭成員產生決策衝突 (10/18-11/5) (續)

護理措施	決策一：是否執行氣切 6.10/25召開家庭會議，同理並接受家屬心情，並主動關心「我知道做出決策很困難，如果你有需要，我願意聽你說。」 7.10/25給予氣切衛教單張，鼓勵家屬與個案共同討論治療意向，並告知共同決策之重要性。 決策二：是否安寧、簽署DNR 8.10/26了解家屬及個案不施行氣切手術之想法，提供家屬DNR、安寧緩和之資訊。 9.10/26協助會診安寧緩和團隊，協助澄清「安寧緩和並不同於放棄治療」之概念，並將焦點著重於在如何「減輕個案痛苦」。 10.10/27召集個案之家庭成員，並安排醫師、專科護理師、安寧共照護理師、營養師、復健師、社工師等參與家庭會議，討論後續安寧照護之方向，提供多方面照護支持。 11.10/27了解家屬間矛盾之情緒，鼓勵家屬與個案溝通，釐清價值觀差異，並告知能與所愛之人共同討論後續治療計畫之珍貴性。
護理評估	1. 10/22透過護理人員引導，回想起個案插管那天，案子說：「當下事情發生的太突然了，我只想著要趕快救爸爸的命，也沒想過插管之後要怎麼辦。」，案女表示：「因為我們從來都沒有好好討論過爸爸的事情，我們一起做決定好嗎？」，案子點頭表示同意。 2. 10/25會客時間，案子詢問個案氣切意願，個案搖頭表示拒絕，案子接著說道：「之前看爸插過好幾次管了，不想再讓你繼續痛苦，所以不要氣切。」、案女：「我也是，因為還想聽爸爸說話、推輪椅出去曬太陽，所以不要開刀了。」 3. 10/28個案筆談表示：「我年紀大，我不想再插管急救了，你們每天都來醫院太辛苦了。」案子協助簽署DNR及安寧同意書，並向個案說道：「爸爸，謝謝你一直為這個家努力到現在，我們做這個決定，是希望你能少一點痛苦、平靜地休息。我們永遠不會離開你，每一天都會陪在你身邊。」 4. 11/2個案與案子、案女共同討論後，表示家屬間已達成安寧緩和醫療照護共識，並接受個案後續善終照護安排，希望個案能於舒適與尊嚴下接受末期照護。 整體評估及後續照護計畫 11/21筆者持續評估家屬對安寧緩和照護之認知與接受程度，並針對其需求及相關疑慮提供衛教、澄清與情緒支持。

問題三、預期性哀傷 / 面對病情惡化，家屬表現出對末期事實的否認與情感抗拒 (10/18-11/5)

主/客觀資料	第一層次評估 (行為評估) S1：10/25案女：「雖然希望爸爸可以舒服一點，但我其實還沒辦法接受爸爸離開我們。」 S2：10/26詢問急救意願，個案搖頭，並筆談表示：「不想再看兒女為我擔心。」 S3：10/27個案：「醫生說我的病不會好了，藥吃這麼久、連香菸都戒掉，還是撐不過這一關。」 S4：11/1案子：「狀況變差的時候你們可以盡可能趕快通知我嗎？我怕來不及見到最後一面。」 O1：10/18歷經第三次插管，表情淡漠，伸手比自己並做出死亡手勢。 O2：10/21協助下床復健時個案眼神顯空洞無神且被動。
--------	--

問題三、預期性哀傷 / 面對病情惡化，家屬表現出對末期事實的否認與情感抗拒（10/18-11/5）

主/客觀資料	第二層次評估（影響因素評估） 1.主要刺激：個案面臨死亡威脅。 2.相關刺激：個案是兒女僅存的依附對象。 3.剩餘刺激：個案及家屬尚未做好心理準備。
護理目標	1.10/25家屬能主動表達內心哀傷感受。 2.11/3家屬能與個案一同討論後事安排。
護理措施	1. 10/18當家屬看見個案插管而情緒潰堤時，上前拍拍肩膀、表達關心並給予安慰，並主動告知個案目前生命徵象狀況。 2. 10/19鼓勵家屬協助個案按摩肢體、塗抹護唇膏或乳液，透過親自提升個案舒適度的實質行為緩解哀傷情緒，同時經由肢體接觸從彼此身上得到安心感。 3. 10/20協助張貼個案孫女繪製的家庭成員圖畫於病室白板，使個案感受到家庭成員的陪伴。 4. 10/22家屬表現出哀傷情緒時，鼓勵家庭成員間互相給予支持，並協助釐清此情緒出現為合理且可被接受的。 5. 10/24主動關懷並鼓勵家屬表達內心哀傷的情緒，給予傾聽與肯定。 6. 10/25協助家屬釐清醫療抉擇、病人意願及後續治療方向，避免受到哀傷情緒影響，造成決策衝突。 7. 10/28-11/5延長會客時間半小時，協助拉上床簾，提供舒適且隱私環境。 8. 10/28起採安寧照護，引導四道人生「道謝」、「道歉」、「道愛」、「道別」涵義。 9. 10/28鼓勵並引導案子、案女表達感謝，說出個案在家庭中的重要性，肯定個案對家庭成員間的付出。（道謝） 10.10/29引導案子、案女表達過往的遺憾與歉意，以消弭未解決的情緒或矛盾，透過對話促進關係修復與心理釋懷。（道歉） 11.10/30鼓勵案子、案女說出心中感受，並會客時可擁抱、親臉頰、按摩等行為，來表現愛。（道愛） 12.10/31教導案子、案女使用手機或平板影像與個案一同回顧往事點點滴滴，表達愛與關懷，給予情感支持，案兒女：「爸爸謝謝您的栽培，我們會好好照顧自己，你不用擔心我們，不會再受苦了。」（道別） 13.11/1引導與家庭成員（案子、案女）共同參與，協助個案表達其未完成之生命心願，並進一步釐清其對身後事規劃之期待，包括儀式安排、衣物與飾品之準備，以及對重要他人之情感關懷。
護理評估	1. 10/24案女會客時間自主性協助個案按摩四肢、塗抹乳液，個案閉上雙眼逃避與家屬的溝通，案女離開前會擁抱表示：「每次來爸爸都故意不理我們，我覺得很難過。」 2. 10/27案女會客離開前會擁抱個案表示：「謝謝您，爸爸我很愛您。」 3. 11/1個案握著案子女的手說：「我想回家，（告別式）低調一點，不要打擾到別人。」 4. 11/5個案再次因二氧化碳蓄積意識不清、生命徵象不穩定，案女握著個案的手表示：「爸爸，你這輩子真的辛苦了，媽媽離開我們之後，謝謝你一個人這麼努力把我們養大。」案子哽咽說道：「爸，最後這段路我們陪你一起走，想回家的心願我們幫你完成。」並在家屬陪同之下，形式上留一口氣返家。

問題三、預期性哀傷 / 面對病情惡化，家屬表現出對末期事實的否認與情感抗拒（10/18-11/5）（續）

護理評估	整體評值及後續照護計畫 11/6凌晨時分，案子打電話來醫院告知個案死亡時間，語氣哽咽表示：「爸爸走得很安詳，後事也都幫他處理的很圓滿，能達成爸爸的心願我感到很開心。謝謝你們讓他最後一段路走得很舒服，沒有痛苦。」
------	--

討論與結論

本文描述一位末期慢性阻塞性肺病個案，因病情反覆惡化多次插管治療，最終成功脫離呼吸器並轉介重症安寧照護。面對病程不穩定與長期治療痛苦，家屬陷於難以放手與期望善終的矛盾情緒。初期監測生命徵象、抽血與影像檢查，結合藥物與氧氣治療控制感染，改善氣體交換功能。後續由醫療團隊引導個案與家屬間溝通與情感交流，釐清決策衝突與認知落差，使雙方能真誠表達內心想法與照護期待，並透過家庭會議建立治療共識。照護過程中結合四道人生、舒適護理與生命回顧，並給予陪伴與心理支持，協助病人在身、心、靈層面獲得照顧，圓滿完成善終目標。

照護過程中發現家屬缺乏有效溝通與共同決策機制，儘管個案多次插管並接獲病危通知，家屬間對急救意願與照護目標仍未達共識，顯示其在重大醫療決策中存有價值觀差異與溝通困難，此與Mulcahy Symmons等[14]研究一致，家屬溝通與互動模式影響決策一致性，透過開放對話與預立照護規劃可促進共識、降低衝突。

此次照護過程面臨多項挑戰。首先，重症單位受限於探視時間限制，護理師與家屬互動時間有限，當家屬間缺乏共識時，難以及早深入瞭解其對病情預後期待與醫療決策理解，易使得初期無法獲得適當的支持管道；筆者敏銳辨識出家屬間醫療決策及情感矛盾，與建立良好護病關係，延長會客時間與家屬會談，並召開家庭會議及照會安寧團隊，使得讓個案能獲得全面性照護。此外，重症單位缺乏安寧照護導入的標準化評估機制，使護理人員難以掌握介入時機，限制其主動參與安寧轉介角色。建議未來可透過推動單位重症安寧教育訓練，強化第一線醫護對安寧需求之敏感度與辨識能力，適時提供家屬對安寧資源需求的認知與使用意願，並促

進跨專業溝通與協作，進而提升重症照護中安寧介入的即時性與整體效能。

參考文獻

1. World Health Organization: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2024. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. 衛生福利部：113年國人死因統計結果。衛生福利部。2024。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-82775-1.html>
3. 萬宣慶、周盈邑、張冠民 等：癌症與非癌生命末期病人使用安寧療護對照護利用及費用的影響。台灣公共衛生雜誌 2020；39（2）：187-201。
4. Iyer AS, Sullivan DR, Lindell KO, et al.: The role of palliative care in COPD. Chest 2022; 161(5): 1250-1262.
5. Steindal SA, Hofso K, Aagaard H, et al.: Non-invasive ventilation in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease with palliative care needs: a scoping review. BMC Palliative Care 2024; 23(1): 27.
6. Pyszora A, Lewko A: Non-pharmacological management in palliative care for patients with advanced COPD. Frontiers in Cardiovascular Medicine 2022; 9: 907664.
7. Huang HP, Chen KH, Tsai CL, et al.: Effects of high-frequency chest wall oscillation on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2022; 17: 2857-2869.
8. Mastrogianni M, Katsoulas T, Galanis P, et al.: The impact of care bundles on ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention in adult ICUs: a systematic review. Antibiotics (Basel, Switzerland) 2023; 12(2): 227.

- 9.Miyahira KM, Martins ML, Liberato WF, et al.: Does oral hygiene prevents nosocomial infections in hospitalized patients? A systematic review and meta-analysis. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal* 2025; 30(2): e179-e191.
- 10.Bolton LE, Seymour J, Gardiner C: Existential suffering in the day to day lives of those living with palliative care needs arising from chronic obstructive pulmonary disease(COPD): a systematic integrative literature review. *Palliative Medicine* 2022; 36(4): 567-580.
- 11.Hasdenteufel M, Quintard B: Psychosocial factors affecting the bereavement experience of relatives of palliative-stage cancer patients: a systematic review. *BMC Palliative Care* 2022; 21(1): 212.
- 12.Ghezeljeh TN, Seyedfatemi N, Bolhari J, et al.: Effects of family-based dignity intervention and expressive writing on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2023; 23(1): 220.
- 13.傅喻萱、潘雪幸：決策衝突之概念分析。源遠護理 2025；19（1）：28-33。
- 14.Mulcahy Symmons S, Ryan K, Aoun SM, et al.: Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2023; 13(4): 374-385.
- 15.McCauley R, McQuillan R, Ryan K, et al.: Mutual support between patients and family caregivers in palliative care: a systematic review and narrative synthesis. *Palliative Medicine* 2021; 35(5): 875-885.

Application of the Roy Adaptation Model in End-of-Life Decision-Making for a Critically Ill Patient with End-Stage Chronic Obstructive Pulmonary Disease Who Underwent Repeated Endotracheal Intubation: A Nursing Experience

Rou-Sin Lai¹, Chih-Yu Liu^{1,2}

Department of Nursing, Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital¹;

Department of Nursing, Chung-Jen Junior College of Nursing, Health Science and Management²

Abstract

This article describes the nursing experience of caring for a critically ill patient with end-stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD) who experienced repeated life-threatening episodes requiring endotracheal intubation. During the decision-making process, the patient's family experienced emotional conflict and grief, while the patient became highly dependent on mechanical ventilation. The patient was ultimately successfully weaned from mechanical ventilation and completed end-of-life decision-making through intensive palliative care. Nursing care was provided from October 18 to November 5, 2024. The Roy Adaptation Model was applied to conduct a comprehensive assessment through observation, interviews, physical examination, and a review of the medical records. Three major health problems were identified, including impaired gas exchange, compromised family coping, and anticipatory grieving. Nursing interventions included infection control, oxygen therapy, pharmacological treatment, and respiratory training to maintain respiratory function and facilitate successful weaning from mechanical ventilation. Family meetings and collaboration with the palliative care team helped the family understand the patient's condition and prognosis, facilitating consensus between the patient and family regarding a do-not-resuscitate (DNR) order and palliative care. The Four Messages of Life (expressing love, gratitude, forgiveness, and farewell) were incorporated into the nursing care plan, and visiting hours were extended to promote emotional reconciliation and psychological comfort for both the patient and family. The patient ultimately died peacefully in the presence of family members. This experience suggests that clinical nurses should improve their ability to identify the palliative care needs of patients and families early, promote patient and family participation in medical decision-making, and integrate palliative care into clinical practice to improve the quality of end-of-life care and facilitate a peaceful and dignified death. (Cheng Ching Medical Journal 2026; 22(4): 73-82)

Keywords : *Roy Adaptation Model, Palliative care, End-of-life decision-making, Chronic obstructive pulmonary disease, Intensive care unit*

Received: March 2026; Accepted: June 2026