

運用 Watson 關懷理論於一位重鬱症患者之照護經驗

盧秀鳳 陳菁菁 黃靜鳳*

摘要

本文描述一位重鬱症患者長期因婚姻問題及經濟壓力，出現低落情緒、低自尊、對未來及疾病有無望感，以自我傷害方式面對壓力，導致有自殺企圖的護理經驗。護理期間為 2009 年 6 月 1 日至 6 月 22 日，以整體性護理評估發現個案主要的健康問題為高危險性暴力行為—朝向自己、個人因應能力失調以及無望感。筆者運用 Watson 關懷理論與個案建立信任護病關係，陪伴渡過自殺急性期；教導壓力因應技巧以提升調適能力；並鼓勵個案參與疾病衛教團體，分享成功經驗，提供相關疾病認知，使個案對治療產生正向態度，積極配合治療，住院期間無自殺行為發生，且樂觀面對未來的生活。後續追蹤個案出院後情緒可維持穩定，自營飲料攤生意，未再出現自殺行為。

關鍵詞：重鬱症、無望感、自殺、Watson 關懷理論

高雄榮民總醫院精神科護理師

長庚科技大學嘉義分部講師*

通訊作者：黃靜鳳

通訊地址：嘉義縣朴子市嘉朴路西段 2 號 A517 室

聯絡電話：(05)3628800 轉 2517

電子信箱：cfhuang@gw.cgust.edu.tw

壹、前言

根據世界衛生組織的估計，到西元 2020 年，憂鬱症將成為人類失能或早天的第二大原因，與癌症及愛滋病同列為二十一世紀之三大疾病 (Holden, 2000)。情感性障礙患者的自殺率是一般人的 30 倍，憂鬱症患者有 15% 自殺死亡(李, 2005)，而自殺高居國人十大死因的第九位 (行政院衛生署, 2010)。自殺身亡者生前大多曾透露過自殺訊息，且曾於醫療單位就診過(黃、李, 2003)，在憂鬱症患者中無望感是導致自殺的重要因素(取自李、廖, 2006)。

研究發現台灣的自殺企圖者有 56.1% 曾有精神病史，其中以情感性精神疾患(憂鬱症或躁鬱症)為最主要的診斷，女性以感情與家庭問題居多(35.3%)(蘇、邱、郭、陳、李, 2005)。約有 75% 之成人是因與配偶關係之問題而企圖自殺(李, 2002)。

本文個案自 1996 年首次出現自殺行為後，情緒持續低落，對未來無望，有負向自我想法，且不知如何尋求協助，遇到壓力及失落情境極易以自殺方式逃避或放棄，若未及時介入適當的治療措施，最後可能導致自殺成功而死亡，故引發筆者運用 Watson 之十項關懷因素於護理過程，提供保護性環境及情緒支持，協助個案渡過自殺危險期，同時教導正向方式提升壓力之因應能力，加強自我肯定，並尋求社會資源，重建希望，增進個案出院後病情的穩定度。

文獻查證

一、重鬱症與無望感

重鬱症是一種精神與身體症狀的症候群，患者在外顯行為上會出現情感、認知、行為等障礙及身體症狀，且呈現出原有功能的改變導致憂鬱心情或失去興趣，且可能一再復發，除影響病患的日常生活功能、社交生活及人際關係，在未經適當治療及照護下，甚至會導致自殺。重鬱症患者通常出現負向思考，包括對自己、外在環境及未來，充滿悲觀負向的認知偏差，使得個案容易產生挫折及憂鬱的情緒(王、陳, 2005; 柯, 2002)。臨床上可運用貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory II [BDI-II]; Beck, Steer, & Brown, 2000)來具體評估患者的情緒狀況。無望感是自己對未來生活負向的看法與情感，失去達成目標的控制力與信心，亦是憂鬱症主要症狀或自殺的前兆(周、程, 2006; Kylma, Vehvilainene-Julkunen, & Lahdevirta, 2001)。

二、憂鬱症與自殺行為

自殺的定義是指伴隨內在或外在死亡意圖之自我傷害行為，依輕重程度可分為自殺意念、自殺企圖及自殺身亡。女性較易有自殺企圖，男性較可能自殺成功(趙, 2007)。高比率的自殺死亡者患有精神科疾病，其中重鬱症佔 87.1% (蘇等, 2005)。顯示重鬱症患者在個人因應方面常以自我傷害方式面對壓力，護理人員必須瞭解病患的解釋模式，瞭解自殺對病患的意義，並且感受到病患想要重新掌控自己生活的渴望。在護病關係中，從病患的角度瞭解他的受苦，在護理過程中負起責任，和病患對話，能有效協助病患及護理人員自身的轉化，並了解病患是如何看待自己、自己與家人、醫療團隊的關係。

三、Watson 關懷理論

Watson 理論強調關懷照護是護理的本質，護理人員藉由科學與人文知識與個案發展出共同的治療性人性照護互動，可用來促進人際關係及發展信任關係，協助病患在身、心、靈與社會等方面產生正向的健康行為。關懷包括應用護理專業知識，確認病患的護理需求，給予適當的護理措施，協助產生正向的行為或態度 (Brown, 2006)。護理過程中以十項關懷照護因素為指引：(一) 人性—利他價值的形成：照護過程應建立於人性化及利他性的基本價值體系，所產生的照護行為，包括同理、尊重、恩慈及愛。(二) 信心—希望的灌輸，協助病患尋求健康促進與維持健康的信念：鼓舞及支持個案之信念，以促進健康並發揮生命潛能，產生正向態度並有效的參與治療。(三) 培養自己及對他人的敏感性：透過對自我的探索、感受與接納，進而培養對其他人、事、物的敏銳度，包括感受與接納的能力。如果護理人員能表達她（他）的感受，則可以鼓勵且允許別人表達他們的感受。(四) 發展助人—信任的關係：藉由助人關係中的特質、一致性、同理心及有效溝通來建立信賴與幫助的關係。(五) 促進並接受正負向感受的表達：引導個案表達感受及想法，不批判以傾聽態度給予心理支持。(六) 系統性的使用問題解決法作決策：評估個案的知覺、感受、關注及理解能力，以科學的問題解決法來處理護理問題，並強調共同參與。(七) 促進人際互動的教與學：運用團體治療活動增強人際互動及增進自信，鼓勵病友間經驗分享以促進個案正向思考；舉辦衛教團體促進疾病及藥物認知。提供個案足夠的訊息，使其能夠決定自己的需求，自己做決策及提供自我成長的學習，進而達到自我照顧的能力。(八) 提供支持性、保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境：建立良好護病關係，並維護安全且信任之環境。(九) 滿足人類需求：幫助個案促進日常活動和生長與發展需求的滿足。(十) 允許存在現象與靈性之力量：經由了解個案的生活經驗及觀點，肯定存在意義及協助尋求安定的力量，如民間信仰、宗教信仰 (杜，2004；Watson, 2007; Watson, 2008)。

綜合以上文獻得知，護理人員照顧重鬱症自殺患者運用 Watson 關懷理論，可引導護理人員懷著人本與存在主義的觀點去尊重與接納每個照護對象，建立信任的治療性人際關係，並提供專業知識及學習正向因應行為，增加個案自我控制能力、安全感和促進健康自我照護，且增強自我肯定，協助個案改善憂鬱的情緒及不適當的行為，引導重建生活價值觀，以樂觀的態度面對未來。

護理過程

一、個案簡介

(一) 基本資料：

簡女士，42 歲，高中畢業，在家排行老大，有兩個弟弟及一個妹妹，父母健在。1993 年結婚，因前夫外遇於 2008 年離婚，育有一子讀國中，離婚後與兒子同住，獨自開店賣飲料維生，月收入至少兩萬元，至多約三萬元，要負擔生活費及信用卡債務，經濟狀況差，但今年 3 月份前夫因經濟因素搬回同住。父母及弟、妹皆有生活經濟壓力，且父母之間相

處不睦，常向個案訴苦，弟、妹忙於工作也較少聯繫，無法提供個案幫助。為避免家人擔心，個案多獨自承受壓力。

（二）個人史與疾病史：

個案病前性格平順乖巧、重視家庭，曾從事有業績壓力的工作如百貨公司銷售員、人壽保險員，常導致挫折，無成就感。婚姻不睦，前夫工作不穩定。1996年前夫假冒個案名義向案父借50萬，導致個案情緒失控，因而割腕與吞服藥物自殺，2008年2月因前夫外遇吞服20多顆安眠藥物自殺未遂，離婚後情緒持續低落，嚴重失眠，失去活力及無價值感，已確診為重鬱症，但因經濟壓力及對疾病無望感，未持續規律追蹤治療。

（三）現在病史：

2009年3月前夫搬回同住後，期望與前夫復合，但前夫與之前外遇對象仍過從甚密，對方半夜打電話找其前夫，導致情緒持續低落、無價值感、無望無助感之情形加劇，2009年5月25日趁其前夫清晨回家之際，於浴室燒炭自殺，燒炭前服下30顆安眠藥物，並傳簡訊給前夫，前夫接到簡訊後返家並打電話請救護人員送至本院急診。5月25日住胸腔內科，5月26日—5月30日行高壓氧治療，因情緒持續低落，於5月30日照會精神科，評估有無望感及自殺想法，依醫囑採自殺防範一級監測，6月1日在前夫陪同下入精神科病房治療，診斷為重鬱症，使用抗憂鬱劑 Setine (Paroxetine HCL) 20 mg 2 顆 HS，鎮靜安眠劑 Clonazepam (Rivotril) 2 mg 1 顆 HS。

二、護理評估

筆者於民國2009年6月1日至6月22日擔任個案的主護護士，運用整體性護理評估，於照護期間以直接護理、觀察及會談方式進行資料收集，分述於下。

（一）身體層面

個案外觀身材中等，身高164公分，體重60公斤。三餐可進食1/2—2/3量。大小便正常，無特殊內外科疾病，生命徵象穩定，血液生化檢查在正常範圍內。住院初期因情緒低落且對環境陌生，多躺床休息，三天後在鼓勵下可與鄰床病友聊天互動，參與職能活動及人際互動團體。住院期間服用安眠藥物後，夜眠可持續6—8小時，可滿意睡眠，白天精神佳，可配合生活作息。

（二）情緒層面

表情憂傷沒有笑容，情緒低落，多待在房內躺床，被動表達與前夫感情問題，頻落淚，言談透露希望得到前夫關心，期望前夫回頭。主訴「現在很容易胡思亂想，心情不好，難過，還是會想死，經濟壓力也大」、「想跳樓死了算了」，數次透露自殺之想法。6月7日與前夫談判，要前夫做抉擇，前夫選擇要與對方在一起，因此個案主訴要放棄一切，對未來無望。6月1日BDI-II測驗結果40分，顯示重度憂鬱，其中第9題—你是否有自殺念頭？（3分為強烈自殺意念，2分為常常出現，1分為偶爾，0分為無自殺意念），得分為3分，有強烈自殺意念。經以上評估顯示個案有高危險性朝向自己的暴力行為之問題。

（三）智能層面

意識清醒，定向力、判斷力、計算力、記憶力、抽象思考及知覺感受正常，思考內容正常無妄念存在。個案自訴「我常提不起精神，無故哭泣，這樣是生病了，但是很久了，都沒好過」，有部分病識感，但認為不會好，常中斷服藥，治療態度消極。面對壓力多採壓抑、內射，不會尋求幫助，數次採取割腕、吞藥之自殺行為，自訴「很多壓力，心情一直不好，以前會割腕還有吞藥自殺」，班達測驗顯示低能量、失去興趣、強烈自殺意念與衝動。以上評估顯示個案面對問題採自殺之不當因應方式，缺乏有效之因應技巧處理問題。

(四) 社會層面

朋友少，不敢找朋友談心事。言談多負向自我看法及自卑感，認為自己學歷低，一無是處。原生家庭成員皆有生活經濟壓力，無法對個案提供幫助或支持。前夫會探視關心個案，安撫情緒，但無心與個案繼續下去，且無工作動機，其所欠債務還是由個案償還。兒子讀國中一年級，與個案關係親密，關心個案，曾對個案說過「若媽媽死了，我也不想活了」，是個案目前重要支柱及牽掛。

(五) 靈性層面

個案無特殊信仰。一年前開飲料攤，因認真經營生意漸好，且有固定老主顧，常被口頭稱讚獲得肯定，勉強維持生活，對此有一些成就及滿足感，未來期許能持續經營。因為不美滿的婚姻與情感，加上無法留住前夫的感情，而自訴「是失敗的人，很無助，很苦」，「生命中最重要的人不要我了，我還有什麼好盼望的」。對生命的意義表示「我盡量做好自己的本份，我付出很多，我已經累了」，顯示對未來悲觀及無望感。

問題確立與護理計畫

綜合以上護理評估，確認個案主要問題有高危險性暴力行為（朝向自己）、個人因應能力失調以及無望感。針對上述護理問題，運用 Watson 十項關懷照護因素在護理過程，提供個案相關護理措施，詳述如下。

一、高危險性暴力行為：朝向自己/1.與憂鬱情緒有關 2.情境上的危機:與感情失落有關 (2009/06/01-2009/06/22)。

護理目標：(1)兩週內個案能主動尋求協助避免自殺衝動。

(2)三週內能面對及接受感情失落的事實。

(3)三週內憂鬱情緒改善，BDI-II 由重度降為輕中度，其自殺想法由 3 分降為 0 分。

<p>主 客 觀 資 料</p>	<p>S： 1.6/1 感情問題，燒炭自殺是希望前夫能對自己關心，不要再和第三者來往。 2.6/1 現在很容易胡思亂想，心情不好，難過，還是會想死。 3.6/2 想跳樓死了算了。 O： 1.舊病歷記載於 5/25 服 30 顆安眠藥及燒炭自殺。 2.6/1 個案表情憂傷，情緒低落，言談有自殺想法。 3.6/1 BDI-II 測驗結果 40 分，顯示重度憂鬱。</p>
<p>護 理 措 施</p>	<p>1.應用發展助人—信任的關係:(1)提供自我為工具，向個案及家屬介紹護理人員、醫師和環境介紹，並提供疾病及治療相關資訊及指導。(2)每天主動關心個案，採一對一的互動建立信任感，鼓勵並陪伴個案參與治療活動，並給予回饋，建立良好治療性護病關係。 2.提供支持性、保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境:(1)依醫囑防自殺一級監測：將個案床位安排近護理站，並與醫療團隊合作，每十五分鐘探視個案並觀察其情緒行為反應及動態，確認個案之安全性，並保持在視線範圍內，防範自殺行為。(2)訂立不自殺契約：承諾住院期間不可出現自殺行為，及有衝動時能找工作人員協助，個案同意並簽署以示配合。(3)每日早上 10 點定期於個案單位確實安檢，移除危險物品。並加強訪客進入之安檢，衛教家屬危險物品種類，避免帶入。 3.促進並接受正負向感受的表達：每日兩次會談，每次 30 分鐘，引導口語表達，傾聽其生活壓力事件及感受，提供情緒宣洩及接納支持，傳達關懷並建立信任感。 4.系統性的使用問題解決法作決策：(1)採主動關懷態度，每日評估個案自殺意念強度，與其討論有關自殺之想法與感覺，及自殺之後果，加強現實感，並協助鼓勵個案以言語或行動，有建設性的發洩情緒。(2)評估並紀錄個案病情變化，與醫療團隊於每週三討論醫療處置，例如：藥物調整、職能治療、院外治療。(3)與個案共同討論短期及中長期治療目標，將其具體化且有明確之步驟。(4)教導個案正向的紓解情緒及心態的調整，例如肌肉放鬆技巧、正向思考，並紀錄下來，以增強自我控制力。</p>
<p>評 值</p>	<p>1.6/7 主動告知醫護人員情緒低落，要尋求協助，護理人員除安撫情緒提供心理支持，並依醫囑予針劑注射 Lorazepam 2 mg 1 AMP IM，以穩定情緒。 2.6/3 開始參與職能治療，以增進與他人之互動。6/8 經醫療團隊討論後增加藥物:Trazodone (Mesyrel) 50mg 1 顆 HS。6/20 院外治療適應 8 小時，情緒可維持穩定。 3.BDI：6/8 為 43 分（重度憂鬱）。6/15 為 22 分（中至重度）。6/22 為 10 分（輕至中度）。 4.6/3 自殺想法降為 2 分，6/17 無自殺想法為 0 分。 5.6/17 個案可實際運用肌肉放鬆技巧及正向思考方式，主訴較不會以自我傷害方式宣洩情緒。 6.6/20 個案主訴較不會因前夫而影響情緒，雖然感情上有失落感，但理智上不會再自我傷害了。轉換另一個想法代替失落感，例如只要人平安活著就好，其他不強求了。 7.6/22 出院，住院期間沒有發生自殺行為。</p>

二、無效性因應能力/因應能力失調無法有效處理壓力 (2009/06/01-2009/06/22)。

護理目標：出院前能說出三項以上的正向調適技巧，增強正向因應能力。

主 客 觀 資 料	<p>S：</p> <p>1.6/1 很多壓力，心情一直不好，以前會割腕還有吞藥自殺。</p> <p>2.6/7 他還是不要我，他要跟她在一起，沒關係啦!我消失好了，我不敢保證會不會做出傷害自己的事。</p> <p>O：</p> <p>1.舊病歷記載有自我傷害之過去史。自 1996-2009 年因前夫欠債及外遇，共有三次以割腕及吞藥、燒炭之自殺行為。</p> <p>2.6/1-6/7 會談過程無法說出正向因應壓力方法及技巧。</p> <p>3.6/7 與前夫談判後，在病室內哭泣，言談透露出傷害自我之訊息。</p>
護 理 措 施	<p>1.提供支持性、保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境；人性一利他價值的形成：(1)提供安全保護生命的環境，並積極改變認知以正向問題解決取代自殺行為。(2)引導參與週一至週五之職能活動。</p> <p>2.培養自己及對他人的敏感性：(1)評估個案過去及目前處理壓力事件的能力及方式，協助了解自己與他人針對同一事件可以有不同的想法及選擇。(2)協助確認不健康的因應機轉，並與個案討論過去的因應方式對目前適應問題的影響。</p> <p>3.促進人際互動的教與學：(1)引導參與人際互動團體，轉移注意力及促進人際關係，並學習及分享自己或他人之經驗。(2)討論當負面情緒衝動出現時，可採用之合宜因應方法，以健康之因應方式取代，如：哭泣、捶打枕頭、主動會談，協助控制情緒。(3)教導運用思考中斷法如：「停！不要再想了」。以停止傷害自己之想法。(4)引導談論出院後可能會遇到之壓力與挫折問題，思考可運用之問題解決方法，再次提醒必要時可主動求援，例：生命線及提供病房電話等，並討論其可行性及優缺點。</p> <p>4.信心—希望的灌輸：當出現正向行為表現時，例如團體中擔任小組長幫助病友；持續參與職能活動；與他人互動及活動量增加（做早操、白天躺床時間減少）；寫經書以轉移注意力。立即指出並口頭稱讚，增其自信及自我控制力，並指出其正向之具體表現對結果的影響，加強正向行為因應。</p>
評 值	<p>1.6/10 個案主訴寫日記、捶打枕頭方式及與醫護人員會談可抒發情緒，並藉由其他不傷害自己的方式找到出口宣洩。自訴寫完日記後將自己的思緒整理好，思考較為理智。</p> <p>2.6/18 可自我練習思考中斷法及從事其他活動如整理物品、抄寫經書，轉移負向情緒或想法。</p>

三、無望感/1.長期精神上的壓力:疾病與經濟壓力 2.與重要親友分離或被遺棄 (2009/06/01—2009/06/20)。

短程目標：(1)三週內能以言語表達出對疾病及自我的感受。

(2)出院前透過尋求社會福利支持緩解經濟上的壓力，讓個案能感受到希望。

(3)出院前能說出未來的生活安排，能接受及適應生活型態的改變。

<p>主 客 觀 資 料</p>	<p>S： 1.6/1 長期失眠，心情很不好常哭泣，不想工作，但經濟壓力大，前夫又外遇，連婚姻都沒有了。我感覺前途一片茫然。 2.6/1 這麼久了，我的病情都沒改善，憂鬱症是不會好的。 3.6/7 生命中最重要的人不要我了，我還有什麼好盼望的。我們認識超過 20 年了，我割捨不下。 O： 1.6/1 個案提及病情及治療過程，對疾病及未來無望。 2.6/1-6/7 言談透露自覺感受到被遺棄。</p>
<p>護 理 措 施</p>	<p>1.促進人際互動的教與學：提供憂鬱症相關知識及資訊讓個案了解，知道症狀、療效、且有治癒性，增加對治療遵從性及對生命的希望。 2.促進並接受正、負向感受的表達；培養自己及對他人的敏感性：(1)每日上午 9 點，會談 30 分鐘，鼓勵個案表達對自我的看法及感受，增進自我察覺，協助個案認識及注意自己的長處與成就，減少對過去失敗的注意力。(2)經由與其前夫及兒子溝通及說明憂鬱症症狀及注意事項，並讓雙方有機會表達自己的想法，希望能持續給予個案關懷及支持。 3.提供支持性、保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境；信心—希望的灌輸：每日上午 10 點，下午 2 點，各安排 1 小時讓個案參與活動，對其確實成就予以正向的回饋，從中獲得成就感，以及團體成員的支持肯定，增強自尊。 4.提供支持性、保護性及促進身、心、社會、靈性之健康環境；信心—希望的灌輸：(1)每日下午 5 點會談一次，每次 30 分鐘，與個案討論當天認為有意義的事件，並記錄下來，使其正向經驗具體化，增強自信心。(2)與病患討論過去及現在接受治療之經驗，協助認識促進健康之行為。(3)協助尋求本院社工的協助，如提供憂鬱症支持團體，辦理重大傷病卡，幫助個案找到社會資源的支持。 5.培養自己及對他人的敏感性；允許存在現象與靈性之力量：幫助個案確認自殺行為對他人的負向影響，協助發覺自己對他人之重要性及價值。 6.信心—希望的灌輸；允許存在現象與靈性之力量：(1)藉支持系統及現況分析，引導個案找出活下去的理由，思索生命的價值，對未來作較符合現實且客觀的描述，討論安排未來的生活，鼓舞對未來的期望。(2)藉由回顧個案的優點、長處、成就來增強正向的看法。 7.促進人際互動的教與學：利用家屬會客時間，向兒子衛教照護個案之技巧及注意事項，增進家屬支持的力量。</p>
<p>評 值</p>	<p>1.6/13 個案可比較婚姻之優缺點。離婚後可以靠自己生活，負擔較輕。 2.6/14 個案能說出自殺行為影響最深的是兒子，自己是兒子最重要的照顧者，且兒子懂事關心個案，對此能感受到存在意義。 3.6/15 可說出過去僅在門診治療，回家並不會按時服藥，而住院除了藥物治療，還有許多專業人員提供協助，尤其是心理上的支持，病情有明顯進步，能肯定治療效果，並主動尋求協助。 4.6/18 能以言語具體表達正向的自我價值，了解自己的優點及特質。 5.6/19 經醫療團隊評估可辦理重大傷病卡，未來就醫時可減輕經濟壓力。個案及兒子能說出可運用之資源，如：自殺防治中心、生命線、張老師，以提供諮詢及協助。 6.6/20 說出未來生活計畫：(1)要賣掉房子還債，並與兒子租屋同住，經濟壓力可稍緩解。(2)前夫會搬離，要劃清界線，不再承受其所造成的經濟與感情負擔。(3)要努力工作賺錢養育兒子及生活。(4)出院後會按時回診治療以穩定情緒。雖然出院後很多事情要做，但心中已有計畫且要重新生活，面對未來感覺很有活力，有能量感。</p>

結果評估

筆者運用整體性的護理評估，發現個案面臨壓力最常使用自我傷害方式，多次以吞藥、割腕、燒炭方式企圖自殺，顯示缺乏正向之因應能力，對自己多抱持負向看法，因長期壓力也對未來無望。因此筆者運用 Watson 關懷理論之十項關懷照護因素，先與個案建立良好護病關係，引導個案表達感受及想法，以傾聽態度予心理支持，並維護安全之環境。每日會談促進個案自我察覺，教導正向因應能力及技巧，使其不再出現自殺想法及行為。再運用團體增強人際互動及增進自信，促進病友間經驗分享，引導個案正向思考，並提供機會幫助他人，增進自我肯定。個案的情緒常因感情因素而有起伏，必須以耐心、關懷的態度同理個案的感受，不批判同時必需對個案有信心，並觀察發現個案的正向行為及想法，不斷地給予支持、增強及鼓勵。加強疾病衛教的護理措施，增加個案於生活中之運用並有效的參與治療。雖然個案無法挽回前夫的感情，但也深刻體認到現實面的困境，最後能坦然接受事實，重新生活。個案曾主訴要在醫療人員協助下幫助自己改善情緒，除肯定個案尋求醫療協助，也讓筆者體會身為醫療照護者之重要性，更加強筆者再付出幫助個案的動機，此回饋也讓筆者成長獲益甚多。看到出院時個案露出信心滿滿的笑容，心底也為個案感到高興。

結論與討論

由於個案出院後要適應工作及生活壓力，往往是自殺的高危險時段，約有 20% 的人會有二次以上的自殺行為，自殺過後三個月內再次自殺的危險性仍高（李，2002）。故個案出院後分別於 6 月 25 日及 7 月 6 日電話追蹤個案狀況，除了剛出院時有二次夜晚因情緒低落放聲哭泣之後，未再有此難過情緒，平日寄情工作已無心思去想其他的事，前夫已搬離，未再增加其經濟負擔，且無影響情緒變化，為維持病情穩定，個案接受每個月一次的門診心理諮商。8 月 1 日個案表示情緒漸有提升且自覺有能量感，對此筆者對個案自我健康照護能力及正向積極之態度，立即給予口頭稱讚。本文讓筆者深刻體認運用關懷照護有助於重鬱症個案以正向方式面對壓力情境，不再出現自殺行為，並促進對治療及未來希望的重要照護過程。

筆者在照護上的困難及限制有三項：(1) 由於個案住院時間較短，深層的東西無法在有限時間完成或有些技巧是需要長期的學習，例如負向自我想法及無望感部份，故未能適切地完全發揮。(2) 護理過程中只見到前夫及兒子，雖然嘗試聯絡感情較好的案妹，但案妹表示因工作不能前來，在尋求家庭支持上有限，無法提供進一步的家庭諮商。(3) 個案在住院期間，雖然有正向提升對未來的希望，但礙於病室規定無法讓個案有外出工作及生活適應期，且因臨床護理人力調配有限，出院後未能實際探訪個案，僅能電話追蹤，無法完整評估個案面對生活困境能否持續穩定仍是最大之挑戰。故提出四項建議：(1) 加強住院期間與家屬之聯繫，並邀請參與家屬座談會，也讓家屬能感受到醫護人員之誠心關懷。(2) 轉介門診醫師或心理師繼續做心理治療，能延續出院後的照護。(3) 加強出院後持續關懷個案，可轉介精神科居家治療及訪視。(4) 與相關單位（如自殺防治中心之通報關懷系統）合作，並結合社工、心理師建立關懷之多元支持系統，提供有效資源的介入（如心理諮商、社會救助、失業等現實問題之協助，參與憂鬱症支持團體），不僅可讓護理品質提昇，讓個案接受更優質的扶持與支援，也

幫助個案獲得正向能量，不再出現自殺行為，促進希望面對壓力，以利病情穩定。

參考文獻

- 王翠彬、陳雯婷 (2005) · 運用認知治療於重鬱症患者之護理經驗 · *護理雜誌*，52 (1)，74-80。
- 行政院衛生署(2010,7月12日)·98年衛生統計系列(一)死因統計·取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10238&class_no=440&level_no=1
- 李引玉 (2002) · *當代精神衛生護理* · 台北市：永大。
- 李明濱、廖士程 (2006) · 自殺原因與防治策略 · *台灣醫學*，10 (3)，368。
- 李明濱 (2005, 9月27日) · 自殺與憂鬱 · 取自 http://www.depression.org.tw/knowledge/know_info_part.asp?paper_id=34
- 杜友蘭 (2004) · 選擇性護理理論家及其理論的簡介 · *護理理論與實務應用* (二版, 304-310頁) · 台北市：華杏。
- 周幸生、程仁慧 (2006) · 第七單元自我感受-自我概念型態 · 於周幸生、歐嘉美、蔡素華、康百淑、葉明珍、張秉宜、白司麥、程仁慧合譯，*新臨床護理診斷* (二版, 577-587頁) · 台北市：華杏。
- 柯慧貞 (2002) · 憂鬱症的認知心理治療 · *學生輔導通訊*，80，69-73。
- 黃隆正、李明濱 (2003) · 憂鬱症與自殺 · *台灣醫學*，7 (6)，929-933。
- 趙又麟 (2007) · *精神醫學的第一堂課：面談技巧* · 台北市：合記。
- 蘇宗偉、邱震寰、郭千哲、陳喬琪、李明濱 (2005) · 自殺之流行病學研究 · *北市醫學雜誌*，2 (1)，6-10。
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *貝克憂鬱量表第二版 (BDI-II)* (陳心怡譯) · 台北：中國行為科學社股份有限公司。
- Brown, I. (2006). Caring for patients of diverse religious traditions: Evangelical “born again” Christians. *Home Healthcare Nurse*, 24(10), 677-680.
- Holden, C. (2000). Global survey examines impact of depression. *Science*, 288, 39-40.
- Kylma, J., Vehvilainene-Julkunen, K., & Lahdevirta, J. (2001). Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: A grounded theory study, *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 764-775.
- Watson, J. (2007). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publisher.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University of Press of Colorado.

Nursing Experience with the Patient Suffering from Major Depression by Utilizing Watson's caring theory

Shiu-Feng Lu Chin-Chin Chen Ching-Feng Huang*

Abstract

The paper described the nursing experience with the patient who suffered from major depression because of long-term marital and economic stresses. She manifested depressed mood, low self-esteem, self-injury, suicidal attempt, and hopelessness. Through holistic nursing assessment in the period of June 1 to 22, 2009, the major health issues were identified as risk for self-directed violence, ineffective coping, and hopelessness. The ten carative factors of Watson's caring theory were applied into nursing process. The interventions included establishing a therapeutic relationship, encouraging expression of positive and negative perceptions and participation in the education group, accompanying and supporting, and teaching coping strategies. These helped the client safely endure the stage of depressed mood and suicide attempt or ideation, promote her ability in coping and adaptation, enhance interaction with other clients, and increase the knowledge level regarding depression. The client could adhere to treatment plan without suicide behavior, and finally stated that she could be more optimistic toward future. After discharge, she could present stable mood and behave appropriately by telephone follow-up. This paper could serve as a reference of caring for a patient suffering from major depression in order to effectively assist the patient to cope with stresses positively, stay away from suicide, and promote quality of nursing care.

Key words: major depression, hopelessness, suicide, Watson's caring theory

RN, Department of Nursing, Kaohsiung Veterans General Hospital
RN, Instructor, School of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology Chia-Yi Campus*
Address Correspondence to: Ching-Feng Huang, Room A517, No. 2, Chia-pu Rd West Sec., Pu-tz, Chia-yi County 61363, Taiwan
TEL: 886-5-3628800 ext. 2517
E-mail: cfhuang@gw.cgust.edu.tw