

運用Johnson行為系統理論於日間病房 重鬱症病人之照護經驗

王珮珩

摘要：本文乃筆者照顧一位治療遵從性不佳、人際關係退縮、低自信、問題因應能力差而至日間病房復健之重鬱症病人，從96年4月26日至96年12月31日護理期間依Johnson行為系統模式評估，發現主要健康問題為無效性健康維護能力、社交互動障礙、無效性因應能力等，藉著Johnson行為系統理論配合認知治療，首先加強個案改變的動機，進而提升病識感及治療遵從性，其次參與工作復健使社交技巧及職業生產力提升，最後透過同理支持、激勵、人際互動訓練等方式發展出有效的調適技巧，終能回歸社會工作。由此得知在照護重鬱症病人時，可運用Johnson行為系統理論於短時間內確認護理問題，提供有效性之照護模式且可獲得正面成效，故值得對此理論有興趣者再去做深入探究。

關鍵詞：重鬱症、認知治療、Johnson行為系統理論。

前 言

重鬱症是近年相當盛行及常見的精神疾病，而在人的一生中可能會發生的比率為2-8%，其中門診、住院病人盛行率為9.9%（行政院衛生署，2005），台灣的終生盛行率為1.14%（楊，2005），發生原因為認知扭曲進而造成情緒上的困擾，同時伴隨不舒服的症狀，這些生理及心理上的症狀導致病人於學業、人際關係、工作、家庭等方面出現障礙，嚴重影響社會醫療與經濟之耗費。筆者服務於南部某醫學中心，於93年至95年發現精神科日間病房之重鬱症病人，住院人數比率由22%增加至28.5%，有逐年上升之趨勢，而日間病房是病人回歸社會的中途站，該如何有效介入護理措施以改善人際互動、工作障礙等問題，進而使重鬱症病人功能恢復良好，提升復健潛能，成為協助病人從日間病房回歸社會時須積極介入之重點。

重鬱症是一個複雜且需長期抗戰的疾病，於短時間內難以看見成效，且日間病房除了病人來院時間有

限外，護理人力比亦有1：19的條件限制，實難提供良好照顧，而Johnson理論是一個簡單、定義明確、有系統有結構的評估與照護指引，如能將結合行為系統模式的護理過程運用於日間病房，必能使病人獲得良好照顧品質。故引發筆者以Johnson理論為主要架構、認知治療為輔，期待可改善護理人員照護時間外，亦可建立正確認知，以協助病人回歸社會為最終目標。

文獻查證

一、重鬱症

病人於急性病房出院後仍會有殘餘重鬱症狀，例：情緒低落、焦慮、易怒等，是屬程度較輕的重鬱症狀，殘餘重鬱症仍然會在主要重鬱症狀已經消除後存在（楊、鄭，2006）。一般憂鬱情況常合併身體症狀，病人會強調身體抱怨而不提及憂傷感受，如胃病、睡眠紊亂及頭暈等（Baily, 2003）；當病人情緒低落時，其各方面的能力均明顯下降，於人際互動、壓力因應及日常生活處理上面臨許多困難，除治療身體症狀外，大多以抗鬱藥為主，藥物治療雖會降低復發率，但病人大部分現實感與認知功能不佳，致未規律服藥且治療順從度差，故再次生病的比率仍然很高，病人亦常有揮之不去的扭曲想法，可提供由南部某醫院精神科所發展出的雙極型情感疾病知識測驗量表來評估病識感程度（楊、鄭，2006），過程配合使用認知治療可達顯著療效（Riso & Newman, 2003），且復發率遠小於只接受藥物治療的病人（楊、鄭，2006）。

高雄榮民總醫院護理師

受文日期：97年10月23日 接受刊載：97年11月27日

通訊作者地址：王珮珩 高雄市左營區大中一路386號

電 話：(07) 3468093

二、認知治療於重鬱症之運用

所有的認知治療都來自於Beck的治療模式，其建立在認知扭曲與病人的瞭解兩者基礎上，以不同的方法，例：同理支持、激勵等技巧去造成病人在認知上的改變，進而改善情緒、人際、壓力因應等問題（Beck, 1995/2003）。一般常使用「不良功能認知記錄表」為工具，教導個案學習改變負向思考，可有效改善憂鬱的情緒與不良行為模式（王、陳，2005）。

三、Johnson行為系統理論之運用

Johnson於1980年強調人是一個行為系統，而「行為」可以由生理、心理和社會各種不同因素來交互作用決定，是可觀察到的活動，但也不排除思想、感受、知覺等經由口頭的表達；而「系統」則由七個互動的次系統所組成，彼此間是有關聯性的，包括攝食、排泄、親和/依附、依賴、性、攻擊/防禦、成就，每個次系統均有結構性元素及功能性需求。結構性元素有目標、心向、選擇、行動，功能性需求有保護、滋養、刺激，而行為系統和次行為系統能平衡，個體就能自我維持和存在（Holaday, 2002）。當個人的行為系統有壓力源，平衡狀態便被破壞，此時需要護理，而護理是一種外在協調性的力量，可透過保護、滋養、刺激三項措施來修正或改變次系統的結構，使病人行為系統恢復、維持並獲得平衡（杜，2004；林，2004）。

綜合以上文獻得知護理人員在照顧病人時，可運用Johnson模式評估出內、外在壓力源與七個次系統間之動態關係，透過保護、滋養、刺激三項措施來修正次系統的結構，並配合認知治療讓病人對自己已有整體性瞭解以建立正確認知，提升治療遵從性。在壓力調適方面，可運用認知治療學習改變非理性思考，進一步發展休閒活動以改善人際互動障礙與壓力因應問題，促使行為系統趨向平衡而能早日回歸社會。

個案簡介

一、基本資料

蕭女士30歲，大專畢業，未婚，慣用國語，信仰佛教，目前無業，96年4月19日於急性病房出院，4月26日轉介至日間病房治療，診斷為重鬱症（Major depression）。

二、家庭史

個案於家中排行老三，上有兄姊下有一妹，家境富裕，父母管教嚴厲，尤其案父嚴肅且個性強勢，凡事均需遵從其安排，個案17歲時全家移民新加坡。家人均擁有高學歷與成就，案兄在美國擁有雙碩士學歷，目前於台灣建築業服務，案姊在美國任職於銀行業，案妹於美國攻讀政治系，僅個案因發病而無法順利完成學業及維持工作能力。

三、個人史與疾病史

足月順產，無特殊內、外科疾病。從小個性外向、活潑，國小中學業優異，人緣佳。高中就讀文藻語文學校，三年級時全家移民新加坡，可完成當地大學學業。86-89年間兩度至美國求學，均因專注度欠佳，學習能力下降而無法完成學業。90-93年回到新加坡，從事過幼稚園教師、賣場收銀員等工作，卻因無法勝任工作而受老闆責罵，故工作時間都不長久。93-94年回台灣求職期間出現心不在焉、無精打采等症狀，故第一次至本院精神科門診求診，診斷為重鬱症。94-96年再次回新加坡，工作能力明顯下降，工作無法持續超過兩個月，脾氣變的暴躁易怒，專注度與注意力更差，曾至當地精神科求診，卻因個案服藥遵從性欠佳，致症狀持續加重，於96年3月回台灣住急性病房經規則服藥治療一個月後，憂鬱狀態改善，但社會功能尚未恢復，醫師建議下轉介至日間病房。

護理評估

96年4月26日至96年12月31日照護期間運用會談技巧、行為觀察記錄等依Johnson行為系統模式評估結果如下：

一、外在壓力源

- (一) 17歲時全家移民新加坡。
- (二) 86-89年於美國兩度求學均無法順利完成學業。
- (三) 90-96年多次就業，但均無法維持職場工作。

二、內在壓力源（生理、心理、社會）

- (一) 96年3月出現重度憂鬱狀態，繼而現實感與認知功能差，常關注身體抱怨而不提及憂傷感受，影響人際互動關係。

(二) 可被動說出對家人之高學歷與成就倍感壓力，且於86至96年因專注度與學習能力下降，致求學與就業過程多次受挫更覺低自信，言談常否定自我。

(三) 於病房面臨壓力時，例：來院初期常趕不上公車而遲到，上課打瞌睡等，指出時易出現焦慮不安反應，且挫折忍受度與問題因應能力差，會請家人來電要求中斷至日間病房治療。

三、行為評估

(一) 攝食行為次系統

外觀瘦弱嬌小，身高155公分，體重48公斤，標準體重51.5公斤，自訴：「沒有胃口，不想吃東西，可不可以停餐？」，觀察用餐進食量少，未達盤餐三分之一量，要求停止供餐，未見額外進食其它點心；每日約僅攝取1000c.c.的水分；身體不適抱怨多，常主訴「我精神無法集中，我背痛及小腿痛不知道該怎麼辦，胃也常痛，我是不是該再去掛號看醫生」、「我常覺得很疲倦，晚上睡不好，頭暈，」等。經由以上評估顯示個案有無效性健康維護能力之問題。

(二) 排泄行為次系統

排尿順暢，色淡黃清澈。雖兩天排便一次，呈黃褐色量中，但病人常抱怨排便不順，多次眉頭深鎖主動至護理站提及「大便不好解，很硬，大概兩天一次，我是不是可以吃一些軟便藥？」。觀察除參與團體治療外，多獨自坐於沙發上少走動，在家亦無運動習慣。經由以上評估顯示個案有無效性健康維護能力之問題。

(三) 親和/依附行為次系統

表情平淡，沉默，與人互動疏離與防禦，多獨來獨往，態度被動，未見與病友有言語互動。引導下回應「這個週末自己去看了一場電影」，「自己在家看電視」，「工作時都只把自己的事做好，不想去跟別人說話，沒有特別深交的朋友」等；案父母三個月返台探視一次，每次住2-3週，案妹因人在美國而少聯絡，目前與案兄同住，感情親密。貝氏憂鬱量表(BDI)測驗結果33分，顯示重度憂鬱程度。羅夏克墨蹟測驗(Rorschach test)得知個案內在有人際互動的渴望，但防衛心強影響人際互動關係。經由以上評估顯示個案有社交互動障礙之問題。

(四) 依賴行為次系統

意識清醒，定向力、計算力、抽象思考及知覺感

受正常，具有社會判斷與規範的常識，但現實感、認知功能、判斷力及記憶力較差。雙極型情感疾病知識測驗量表(楊、鄭，2006)結果：14題中答對9題，知道自己生病與疾病診斷，但不清楚身體不適與疾病之相關性，引導下表示「我心情常覺得不好，是重鬱症，會忘記吃藥」，顯示病識感明顯不足。情緒低落，少語，態度被動，無法說出個人優點和看法、對未來生活乏目標；互動會談時多低頭，少眼神接觸，過程常說對不起，言談過度貶抑自我，顯低自信，表示「我沒有他們好，會有壓力，我擔心做的不好，不知道該怎麼辦。」，經由以上評估顯示個案有無效性健康維護能力與無效性因應能力之問題。

(五) 性行為次系統

自訴「太忙了，沒時間交男朋友」，未交往過異性朋友，未發生過性行為。

(六) 攻擊/防禦(進取)行為次系統

入院時言談被動簡短，引導表達對自己的看法，僅自訴「我比較安靜少講話」；治療態度配合，未曾與人發生衝突、攻擊或自傷事件。

(七) 成就行為次系統

魏氏智力測驗(WAIS-III)得知智力屬中上程度，身體及神經系統檢查正常，自我照顧能力技巧尚佳，但面臨壓力時，情緒易焦慮不安，不知所措狀，言談中斷許久才能再回應，多採壓抑、自責與逃避方式因應，不會主動尋求協助；提供表現機會時，常因注意力無法集中而忽略細節，進而影響整體表現，自訴「我常常為一點小事就生氣，不知道可以跟誰說，我常鑽牛角尖找不到答案」；面對壓力時之因應能力與挫折忍受度欠佳「那些是小事，自己做的不好就很生氣，生氣時會摔東西，覺得自己很沒用，會拖泥帶水」。班達測驗(Bender Gestalt)顯示情緒方面有不安全感，且於個人、社會方面均有調適不良現象。經由以上評估顯示個案有無效性因應能力之問題。

問題確立

綜合上述護理評估歸納出個案的健康問題為：一、無效性健康維護能力/缺乏維護基本健康的知識與憂鬱情緒及病識感不足有關。二、社交互動障礙/與憂鬱情緒有關。三、無效性因應能力/低自信與因應能力失調無法有效處理壓力有關。

護理措施

一、無效性健康維護能力/缺乏維護基本健康的知識：與憂鬱情緒及病識感不足有關（96/04/26-10/23）。

短程目標：半年內憂鬱情緒改善未再抱怨生理不適。

長程目標：住院期間可提升病識感以建立服藥及治療遵從性。

主/客觀資料	護理措施	護理評估
S：96/04/26		
1.沒有胃口，不想吃東西，可不可以停餐？	1.4/26-5/3評估飲食型態與進食情況，設計飲食計畫表，與其討論並訂出水分與營養之正確與足夠攝取量，請家屬協助在家配合計畫之執行。	1.5/15可觀察到中午食慾可由盤餐三分之一進步到二分之一量，水分攝取亦可增加到1000-1500c.c，家人可提供食慾較住院時進步之正向回饋。
2.我精神無法集中，我背痛及小腿痛不知道該怎麼辦，胃也常痛，我是不是該再去掛號看醫生	2.5/4提供衛教指導，以改善生理不適，例：疲倦、身體不適、便秘等，指導內容包括：適度休息、蔬果攝取、運動習慣養成等。	2.7/1表示「還是兩天解一次大便，但比較好解了，我現在每天都有練習跑步」，對排便問題改善滿意。
3.我常覺得很疲倦，晚上睡不好會爬起來，頭暈，大便不好解、很硬，大概兩天一次，我是不是可以吃一些軟便藥？	3.於5、6月每週一次，共提供九次認知技巧中之肌肉放鬆團體訓練，鼓勵回家反覆練習以改善睡眠。	3.7/15睡眠未再中斷，每晚可達8-10小時之夜眠。
4.我心情常覺得不好，是重鬱症，會忘記吃藥。	4.5/1澄清對疾病的知識、信念以及對治療的態度、遵從性，並對知識不足處提供正確認知。例：憂鬱情況常合併身體症狀，如胃病、睡眠紊亂等。	4.8/31可瞭解疾病與症狀之相關性「我知道我的身體不舒服是重鬱症造成的」。
O：	5.5/15澄清對治療存在的疑慮，修正錯誤觀念，如：有副作用、吃藥會發胖等。	5.9/10食慾與飲水量改善，且可全部進食完午餐之份量，體重由入院時之48進步至52公斤。
1.入院時多將注意力集中於身體不適症狀，少談及內心真正感受，會於日間病房以外時間自行至門診求診。	6.固定兩週提供藥物衛教指導團體，內容加強作用、副作用，認識發病徵兆及精神症狀發生時之處理等。	6.9/20引導下可說出沒吃藥的缺點：「心情會較差，身體會不舒服、頭暈、會再生病住院」等。
2.雙極型情感疾病知識測驗量表結果：14題中答對9題。	7.9/20引導比較治療的優點和缺點，以及提出遵從服藥的間接好處，協助改變藥物認知。	7.9/26可以「十分量法」自評憂鬱情緒由入院時之九分下降至五分，顯示憂鬱情緒明顯改善，且未再出現生理不適症狀之抱怨。
3.據舊病歷及就醫經驗得知服藥遵從性不佳，常自行停藥。	8.9/25引導審視若停止治療可能會導致的負向影響，藉由個別會談及配合個人作業的執行、討論，漸進強化其對疾病的知識、信念及遵從治療的態度。	8.10/20可說出治療的優點「現在會吃藥，全身感覺好多了，不會再無精打采或沒有力量，心情也好了」。
	9.10/22給予同理支持並引導說出想法，當能說出正確的觀念或動機提昇時，即給予具體的指出和回饋；若有錯誤概念時，即予釐清和引導自我比較、分析，以強化正確的認知。	9.10/23再參照雙極型情感疾病知識測驗量表來評估個案病識感，可由9題進步到13題，病識感已較入院時增強。
		10.10/23可表示：「我會配合吃藥，不隨便停藥，生病會好起來都歸功於藥效和我自己配合的結果」。

二、社交互動障礙/與憂鬱情緒有關（96/04/27-12/01）

短程目標：半年內憂鬱情緒改善可參與社交互動，且可擔任幹部而有合宜表現。

長程目標：住院期間可進入工作坊參與職能工作訓練，使社交技巧及職業生產力提升。

主/客觀資料	護理措施	護理評估
S：96/04/27		
1.昨天回家自己一個人去逛街，這個週末自己一個人去看了一場電影，自己在家看電視。	1.每天主動關心病人，採一對一的互動建立信任感，建立良好治療性人際關係。	1.6/1開始參與「工友」之工作訓練，但仍獨來獨往，對病友下課後之活動乏參與意願。
2.工作時都只把自己的事做好，不想去跟別人說話，沒有特別深交的朋友。	2.每週一次討論人際互動的重要性，學習合宜的互動及溝通方式，如：學習先傾聽他人的意見，嘗試表達自己的看法等。	2.7/10來院時會主動有禮的向工作人員道早安，笑容及主動性較之前明顯增加。
O：	3.6/29教導有關傳遞關心的方法，如：自我表達情感的方式及與他人溝通的方式。	3.8/15、9/1擔任副班長與出納幹部均可勝任工作且有具體表現，可獲工作人員口頭讚賞及給予進步獎之正向肯定。
1.表情平淡，沉默，與人互動疏離與防禦，多獨來獨往，態度被動，未見與病友有言語互動。	4.提供每週一次的人際互動團體，藉由團體互動，瞭解及學習與人相處時應有彈性的態度，學習以不同角度分析事物，學習同理他人。	4.11/1可與病友維持良好互動，且於工作下班時間，會等待病友一起離開病室，人際互動進步。
2.於團體中較少主動提及家人及朋友間互動。	5.6/30衛教與他人互動時態度的察覺，如：有禮，適當的言語表達等；並鼓勵每週主動打電話向朋友問好，遇到朋友可主動與其打招呼，並有笑容。	5.11/20可說出「我會聯絡以前的朋友，一起出去逛百貨公司，假日會跟哥哥及大嫂至卡拉ok店唱歌」。並會與病友於自由活動時間一起下棋，社交互動增加。

3. 羅夏克墨蹟測驗得知內在有人際互動的渴望，但防衛心強影響人際互動關係。
4. 貝氏憂鬱量表 (BDI) 測驗33分，顯示重度憂鬱程度。
6. 隨時提供激勵及表現機會，促使其學習合宜社交互動技巧，例：7/15擔任慶生會活動採買工作，8/1擔任娛樂性活動主持人，8/15於自治會中擔任副班長，9/1擔任出納工作等。
7. 於每月兩次與家屬電話聯繫時，鼓勵家屬於病人出現社交互動進步時，立即給予口頭讚賞及肯定。
6. 12/1貝氏憂鬱量表 (BDI) 測驗結果19分，顯示憂鬱情緒明顯改善。
7. 9/13進入工作坊參與職能工作訓練，12/01熟悉買賣工作，社交技巧及職業生產力均有提升，可獲職能老師於晨會中口頭讚賞。

三、無效性因應能力/低自信與因應能力失調無法有效處理壓力 (96/06/1-12/31)

短程目標：半年內參與復健工作訓練可維持3/2以上的出席率，並可說出正向的感受與看法。

長程目標：住院期間能說出三項以上的正向調適技巧以因應問題。

主/客觀資料	護理措施	護理評值
S : 96/06/1		
1. 我沒有他們好，會有壓力，我擔心做的不好，不知道該怎麼辦。	1. 固定每週一次會談，透過接納、溫暖與同理的態度建立關係，不挑戰或阻止其負面情緒，透過談論興趣、生活中的正向事件及回憶來增強正向情緒。	1. 6-8月鼓勵下可執行自我喊話之肯定訓練，並可寫下自我優點「柔順、喜歡做事、助人、乖巧」等。
2. 我常常為一點小事就生氣，不知道可以跟誰說，我常鑽牛角尖找不到答案	2. 7/1面對自己之負面評價，引導說出自己的感受，並分析其認知扭曲，藉由正向的結果來提升個人自信與成就感，例：工作坊工作時數增加。	2. 11/1因「花坊」工作訓練表現佳，且未缺席，故工作時數由1.5天增加為2天，可表示「有一份固定的工作讓我擁有成就感」。
3. 那些是小事，自己做的不好就很生氣，生氣時會摔東西，覺得自己很沒用，會拖泥帶水	3. 7/15每次會談表達對其克服困難之信心，肯定個人價值，如：我相信你一定做的到，你一定能成功等，並教導自我肯定訓練。	3. 11/15對自我有正向的感受與看法，可說出未來目標及計畫，並充滿信心再次表示「做這些工作讓我很很有成就感，我的計畫及目標是在這兩三年裡，有機會再做英語教學的工作，在自己的工作上有更好的表現」。
O :		
1. 情緒低落，少語，態度被動，無法說出個人優點和看法、對未來生活乏目標。	4. 提供成功的機會表現，藉此體驗自我力量，如：安排擔任各項幹部，並於九月參與代幣會議時表揚其行為。	4. 11/30於家庭作業可主動寫下「我覺得這幾個月來進步很多，看法也改變了，不再覺得是我做的不夠好，或是我的問題」。
2. 互動會談時多低頭，少眼神接觸，過程常說對不起，言談過度貶抑自我，顯低自信。	5. 每個月肯定工作進步之處，於自治會中提出口頭讚賞並給予代幣獎勵金、榮譽卡之表揚。	5. 12/1可說出三件面臨壓力時之調適方法：「找一件自己喜歡的興趣，並且一直享受樂趣，像：唱歌、看電影、聽音樂」。
3. 情緒易焦慮不安，不知所措狀，常無奈的微笑，言談中斷許久才能再回應。	6. 11/2引導談論壓力來源與因應方式，描述以往面對挫折時，常持有的看法及處理方式與結果，協助辨明認知扭曲，如：情緒性的推論、取消或不計正向之思考等。	6. 12/15問題因應能力改善，可表示「現在比較不會隨便亂發脾氣，有事情會和哥哥及工作人員討論，不會再不說，會找人幫忙」。
4. 會談過程無法說出壓力因應方式，挫折忍受度差，多採壓抑、自責與逃避方式，不會主動尋求協助。	7. 11/15利用角色扮演方式演練情境，引導面對自己個人問題，鼓勵思索自己對自己與家人對自己之期待。	7. 12/20參與「多益」英語檢定考試可獲790分之中上成績肯定，面帶笑容，充滿信心表示「病情更穩定後，還想從事英語教學的工作」。
5. 班達測驗顯示情緒方面有不安全感，且於個人、社會方面均有調適不良現象。	8. 11/29教導在壓力情境下合適之因應方式，並建議選出三項喜好之活動，培養成興趣以因應壓力，如：聽音樂、慢跑等，並引導比較使用新的壓力處理方式後對個人及家庭的影响。	

綜合上述問題提供護理措施，評值結果如下：個案因憂鬱情緒所致的生理不適可獲改善，澄清與提供正確認知後病識感提升，可建立正確服藥及治療遵從性，於人際互動方面可進入工作坊且從未缺席，社交技巧及職業生產力明顯進步，最後對自己可說出正向的感受與看法，且能以調適技巧因應問題。經由以上結果得知運用Johnson理論使病人勇於面對憂鬱情緒所致的生理不適、人際關係與壓力因應等內、外在壓

力源，透過護理措施的介入以修正次系統結構而發展出有效的調適技巧，繼而使病人能持續參與工作，於個人自信、成就感、社交技巧及職業生產力上均可被提升，期間配合認知治療修正認知扭曲，促使病人對自己有整體性瞭解而提升病識感、建立服藥及治療遵從性，使行為系統維持並獲得平衡。後續追蹤個案於97年4月從日間病房出院並轉介至社區復健中心，除每週兩天參與社區復健中心課程外，並已開始回歸社會工作。

討論與結論

精神疾病的病程長，容易慢性化，進而導致病人社會功能退化及生產力喪失（江，2006），欲減緩病人社會技巧等功能退化，則需提升職業生產力，過程需積極介入護理措施以增加病人自信、自我準備度，改善人際互動障礙，增加工作適應性，讓病人從工作中獲得成就與滿足感，進而提升復健潛力，達到以回歸社會為最終目標。護理期間依Johnson模式評估，發現個案面對壓力時挫折忍受度差，容易出現焦慮不安反應無法因應，致影響個人自我效能，加上認知扭曲而對自己採否定態度，長期下來逐漸影響人際互動與社會技巧之發展，藉著Johnson理論及配合認知治療，促使個案對治療配合並提高改變的動機，進而改善認知扭曲、壓抑、自責、逃避、低自信等想法，發展出正向調適技巧因應問題，此與王、陳（2005）及楊、鄭（2006）提出配合認知治療可以有效幫助重鬱症病人改善病情並預防復發之結果相呼應。

筆者亦發覺Johnson理論除可作為護理人員於評估、診斷、計畫、執行及評值護理過程中的指引方向外，並可使同仁於短時間內完成整體性評估，得以確認護理問題，提供有效性之照護模式，使病人獲得良好照顧品質，此點與杜（2004）所提出可將理論運用於護理實務而獲得正面成效相印證，但評估中與「生理」有關的次系統區分太過侷限，無法詳盡評估與呈現病人問題，而與「心理」有關的次系統則定位模糊抽象且不易區分，故於護理評估的靈活運用上較不易，期待藉由此次的照護經驗，可提供同仁未來在使用此理論時之參考。

最後建議日間護理人員，除採用Johnson理論來完成整體性評估以改善病人照顧品質外，亦建議家屬座談會之舉辦頻次可由四個月調整至兩個月一次，除提供疾病與藥物相關知識外，另可陪伴家屬渡過長期性的治療過程，與家屬共同創造支持性的環境，一起

預防疾病復發，相信對病人的病情恢復及回歸家庭與社會有甚大助益。

參考資料

- 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（2005，10月19日）．*全民健康保險醫療統計年報*．2006年10月20日取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/醫療統計年報/95.htm>
- 江碧純（2006）．*雇主雇用精神病患就業經驗之探討*．台中：中國醫健康照護學院碩士論文。
- 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，285—290頁）．台北：華杏。
- 林明珍（2004）．護理理論於病人報告之應用．*護理報告之撰寫與運用*（三版，396—397頁）．台北：偉華。
- 楊延光（2005）．*杜鵑窩的春天—精神疾病照顧手冊*．台北：張老師文化。
- 楊延光、鄭淑惠（2006）．*重鬱症的心理治療·全方位重鬱症防治手冊*（167—182頁）．台北：張老師文化。
- Beck, J. S. (2003)．*認知治療—基礎與進階*（梁雅舒、張育嘉、羅振豐、趙文煜）．台北：揚智。（原著出版於1995）
- Baily, K. P. (2003). Physical symptoms comorbid with depression and the new antidepressant duloxetine. *Journal of psychosocial nursing*, 41(12), 13-17.
- Holaday, B. (2002). Johnson's behavioral system model in nursing practice. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory utilization and application* (2nd ed., 149-171). St. Louis: Mosby.
- Riso, L. P., & Newman, C. F. (2003). Cognitive therapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 817-831.

Apply Johnson Behavioral System Model in the Practice of Nursing Care for a Major Depressive Disorder Patient in the Day Care Hospital

Pei-Heng Wang

ABSTRACT: This article is a record from writer's experience of nursing care for a major depressive disorder patient who did not comply with therapy, had social withdrawal problem, had low self-confident, lacked of ability for handling the problems and hence was in day care therapy hospital. Via the Johnson behavioral system model evaluation in the nursing care practice during 26th April and 31st December 2007, the findings of the patient's health problems include ineffective health maintenance, impaired social interaction, ineffective coping and etc. By applying Johnson behavioral system model together with Cognitive therapy, the first step was to increase the patient's motivation of change, enhance the patient's awareness of depressive disorder and compliance with therapy. The second step was letting the patient participate in the work therapy in order to improve his social skills and vocational productivity. Finally, via empathy support, encouragement and trainings of personal relationship and interaction etc, to develop the patient's effective adjustment skills in order to return to the working field in the society. Hence, by applying Johnson behavioral system model to identify the nursing problems in a short period of time, it provides an effective and positive nursing care model for the major depressive disorder patients. Therefore, to whom is interested about this theory, it is worthwhile for a further study.

Key Words: major depressive disorder, cognitive therapy, Johnson behavioral system model.

RN, Department of Nursing, Kaohsiung Veterans General Hospital.

Received: October 23, 2008 Accepted: November 27, 2008

Address Correspondence to: Pei-Heng Wang, No. 386, Ta-Chung 1st Rd., Kaohsiung, Taiwan, ROC.

Tel: 886(7)3468093; E-mail: phwang@vghks.gov.tw