

# 照顧一位雙極性情感疾患鬱期發作患者的護理經驗

藍綺華<sup>1</sup> 陳錦茗<sup>2</sup> 歐麗玲<sup>3</sup> 謝玉萍<sup>4</sup>

**摘要：**本篇報告為協助一位處於憂鬱狀態、有自殺意念之雙極性情感型疾患個案，面對負向自我評價的護理經驗。住院期間以身體、情緒、智能、社會及心靈層面做整體性的護理評估，歸納個案護理問題為：(一)潛在危險性對自己的暴力、(二)長期性低自尊、(三)無效性因應能力。護理期間透過真誠、溫暖、一致的態度與個案建立良好的治療性人際關係，藉由關懷及陪伴，了解個案內心的感受，協助個案緩解情緒困擾與避免自殺行為的發生，適時提供心理支持與教導壓力因應的方法，鼓勵個案參加病房人際互動團體，經由人際互動團體中自我探索，學習正向的經驗，增加問題解決能力，藉由改善負向思考與行為，減輕憂鬱的情緒，進而提昇自尊心與自我價值感。結果顯示經由密切觀察情緒變化與教導情緒抒解方法，個案未再出現自殺的想法與行為；在團體中透過彼此分享的過程，能夠適時表露自我想法與了解負向思考可能產生之影響，並學習問題處理的技巧，藉由成員的回饋中獲得正向經驗，進而增加自我的肯定。

**關鍵詞：**雙極性情感疾患、低自尊。

## 前言

憂鬱症狀看診人數自1992年起逐年增加，佔精神科門診總人數比例由1994年的14.5%增為2000年的27.3%，在六年間增加比率近兩倍（商、廖、李，2003）。情感疾患患者的自殺率是一般人的三十倍，約15%的雙極性疾患鬱期患者，會有自殺的行為且死亡率高，預後較單極性憂鬱症差（陳、鄭、周、周、林，2008）。此個案因身體上的缺陷導致出現自卑、負向想法，自覺生活沒有意義，對未來沒有希望，出現低自尊的問題，引發憂鬱症狀與自殺念頭出現。於臨床上照顧這類個案對醫護人員相當具有壓力與挑戰性，急性期發作時，除了注意個案自我傷害的行為及生理需求的滿足外，如何預防個案再度自殺、協助提昇解決問題的能力、增加自我功能及自我價值感是非常重要的。由於在臨床情境中運用人際互動團體

在治療憂鬱症狀個案確有幫助（Stuart & Robertson, 2003/2006）。因此引發筆者積極鼓勵個案參與人際互動團體，期望個案經由人際互動模式，在團體中自我探索，發展出一套合宜的人際互動技巧，協助克服生活當中所遭遇的困難，增加問題解決能力，並改善負向思考與避免自殺行為的出現。

## 文獻查證

雙極性情感疾患是個體內在情感的變化產生了問題，影響個人認知、生理功能及行為的障礙（周、王、張、林，2005），症狀包含：憂鬱心情、體重一個月變化超過5%、無價值感、反覆想到死亡（American Psychiatric Association, 2000/2007），對未來和外環境有負面悲觀的想法，導致無法以符合現實的狀態來看待與他人的互動，因此逐漸累積人際壓力，導致憂鬱情緒的發生（郭、鐘、杜、李、吳、張，2007）。本文獻針對個案潛在危險性對自己的暴力行為、長期性低自尊、無效性因應能力相關問題做探討。

### 一、潛在危險性對自己的暴力行為與護理

雙極性情感疾患在鬱期發作時，可觀察到表情愁苦、不喜歡與人來往、沈默寡言、想法悲觀缺乏自信、有罪惡感、自覺未來沒有希望，嚴重時會多日不吃不喝有自殺意念，若不及早治療可能危及生命（李，2006）。針對此類個案護理措施應包含：(一)定期了解評估病人自殺意念的強度、等級，注意環境上的安全，配合單位自殺防範常規，密切觀察病人；(二)溫暖、接納與尊重的態度，以非語言或簡單、緩慢的文句表達關心與支持；(三)維持適當的營養、活動；(四)學習新的因應技巧（李，2006）。於唐、

<sup>1</sup>行政院衛生署桃園療養院護理師 <sup>2</sup>行政院衛生署桃園療養院護理督導 <sup>3</sup>行政院衛生署桃園療養院護理主任 <sup>4</sup>行政院衛生署桃園療養院護理長

受文日期：99年4月2日 接受刊載：99年7月20日

通訊作者地址：謝玉萍 桃園龍壽街71號

電話：(03) 3698553—3725

蔡、王、黃、林（2006）的研究中顯示，正向的人際關係、與他人分享情緒，都可以明顯減少憂鬱症狀和自我傷害行為，故積極介入人際互動團體治療，透過團體經驗，有助於學習合宜的情緒表達及人際溝通方式。

## 二、長期性低自尊與護理

低自尊個案因長期處在負向基模下，容易扭曲外在的觀點，其特有的行為表現與負向思考包含懷疑本身能力、畏縮、封閉、對將來喪失希望，強烈的低自尊會導致自傷及自殺行為（Verkuyten, 2003；邱，2005）。故護理時應建立信任關係，同理心、尊重與接受的態度接納病患，協助自我察覺、探索，認識自己的優缺點，鼓勵發揮潛能不放棄自己（黃，2006；陳、余，2004）。由於憂鬱的發作與人際互動有明顯的關係，正向的人際經驗有助提昇自尊（Kotani, 2004）。於1985年Yalom將人際互動與團體心理治療模式做了適宜的聯結，提出了希望灌注、普遍性、宣洩、存在因素、人際學習、社交技巧的發展等療效因子，利用此時此地情景反應病患內心世界（Irvin, 1995/2001）。藉由成員間彼此的支持與鼓勵，減少憂鬱情緒進而提昇自我價值感（洪、林、蕭，2000）。

## 三、無效性因應能力與護理

每個人面對壓力源的反應不同，當壓力出現時，因應防衛機轉隨即產生，如壓抑、反向、退化等，當出現不符合情境之技巧時，可能出現身體症狀及憂鬱情緒（熊，2006）。護理措施包含：(一)溫暖、接納與尊重的態度，表達關心與支持（李，2006）；(二)協助發展社會支持系統與建立有效溝通之管道（Stuart & Robertson, 2003/2006）；(三)討論壓力的因應技巧，訓練個案處理問題的能力（余，2005）；(四)教導發洩情緒的方法與放鬆技巧，如：聽音樂、深呼吸、找人說話及參加活動等（熊，2006）；(五)製造個人或團體，人際接觸的機會（李，2006）。現今憂鬱人口逐年增加以及醫療人力配置的縮減下，人際心理治療逐漸受到重視（Stuart & Robertson, 2003/2006）。因此急性病房團體心理治療多以Yalom人際互動模式為主，藉由人際互動團體所呈現的人際互動模式，拓展個人解決問題的能力，增進社會支持度與個人價值感（鐘、張，2006）。

憂鬱症狀患者輕者影響生活，嚴重者會導致社會功能下降、自殺等社會問題，初期照護時應建立信任的人際關係，注意避免個案自殺的行為及提供基本生理的需求，後續再進一步提昇個人因應技巧，讓個案

在模擬情境中練習合適的情緒宣洩，藉由成員彼此支持，建立有效的人際溝通管道，增加對自我內心需求的了解。

## 個案簡介

### 一、基本資料

王女士，55歲，高職畢，未婚，目前無業，無信仰  
診斷：bipolar I disorder depressive episode

護理期間：96年8月11日～96年10月9日

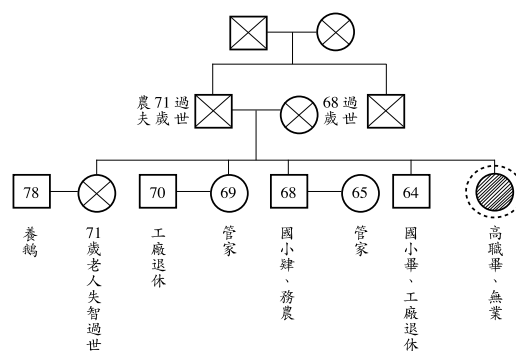
### 二、個人史及疾病史

出生、成長尚平順，國小畢業後到工廠擔任作業員，住工廠宿舍。14歲因外傷導致左骨盆關節脫臼，治療時因針頭不潔造成左大腿骨髓炎，共開刀3次；30歲時車禍造成左小腿骨折，傷到左腳膝蓋造成無法彎曲，走路跛行，因而導致自卑與孤僻，不願結婚；38歲時與同事至國中唸夜校，畢業後繼續至高職夜校進修室內設計。45歲高職畢業後，在自家土地興建約百萬的房子開始獨居。49歲到電子公司擔任技術員。

#### 精神疾病史：

52歲 (93年)	自覺同事都會找她的麻煩，嘲笑她沒有結婚、走路跛行，漸漸與同事疏離，無法適應工作因而辦理離職。離職後一人在家，可自己獨立生活。
54歲 (95年)	突然出現多話、誇大妄想，到大賣場花了十幾萬買東西，故家人送至本院住院（95/11/2至96/2/16）。出院後轉介居家治療，可配合規則服藥與返診。
55歲 (96年)	個案於96/2/16出院後功能顯退化，三餐分別由大哥、二哥輪流送到個案住所，除送餐外家屬甚少主動關心個案或與其有互動，入院前大哥與二哥因有所爭執，希望個案能較獨立些，故停止送餐約三到四週。96/8/11經居家護士訪視時，發現病人家中冰箱中空無一物，有憂鬱情緒與自殺意念（拒絕進食，想要餓死），護士告知家屬後，家屬帶病人至本院急診就診後安排住院。

### 三、家族圖譜



\*主要照顧者為案大哥與二哥，家屬主訴家族無精神疾病史

## 護理評估 (96年8月11日~96年8月19日)

護理期間透過身體、情緒、智能、社會與靈性五大層面，作整體性的護理評估，以確立其護理問題。

主 客 觀 資 料	
一般外觀	S: 8/11家屬表示四週前個案都還可以自己沐浴、更衣，穿著合宜的衣服。 S: 8/12「不用每天洗澡，4-5天洗一次就好了。」 S: 8/15「我的腳受傷走路不方便，比較慢，常會影響到別人」。 S: 8/19「我會自己準備東西去洗澡」。 O: 8/11身高157公分，體重38公斤，走路跛行。(案兄表示住院前一個月約45公斤，體重明顯下降)。 O: 8/11入院時身上異味重，衣服骯髒，鼓勵洗澡個案躺床不願配合。 O: 8/12-8/16協助準備衣物與用品，病患可以緩慢被動的完成沐浴、更衣。 O: 8/17-8/19鼓勵、提醒下可以執行沐浴、更衣。
營養	S: 8/14「我不想吃，想餓死我自己」。 O: 8/14外觀瘦弱，住院前拒絕進食導致體重明顯一個月下降7公斤，皮膚彈性、口腔黏膜、指甲等外觀完整，無特殊食物禁忌或過敏食物。 O: 8/12-8/19病人拒食，需每日鼓勵及陪伴，進食量少，三餐皆只吃1/3份。 O: 8/11-8/17平均液體攝取量約2000c.c/天。
睡眠	S: 8/17「我白天沒有在睡，躺著而已，晚上都睡得很好」。 O: 8/12-8/19每日晚間睡前服用一顆ESZO，約10點可入睡，夜眠大部分都可持續到早上，共約7-8小時。
排泄	O: 8/16-8/19觀察每日都有上廁所，大便量少質軟。尿液黃色，檢查值正常。
活動與休閒	S: 8/12拒絕參加晨操活動，病人搖頭回應表示：「我可不可以是在房間裡面」？ O: 8/12-8/16觀察除三餐吃飯外，其他時間都待在病房內。 O: 8/17-8/18鼓勵與陪伴下被動參加病房活動，但多低頭未與他人互動。
健康狀況	S: 8/18「以前腳開刀過好幾次，又出車禍，膝蓋受傷，現在腳走路比較不方便」。 O: 病人於14歲時左大腿骨髓炎開刀3次；76年因為車禍又傷到左腳膝蓋導致左膝蓋無法彎曲，步態穩，微跛行。 O: 8/16抽血生化檢查、心電圖及X光報告正常。
分析	病患因憂鬱症狀影響，不注重自己的衣著、外觀，個人衛生差，身上明顯異味，但於工作人員的陪伴與口頭提醒下，於每星期一、三、五下午可自行執行沐浴更衣。評估個案BMI值15.41屬於過低，有營養狀況少於身體所需的護理問題，但個案不進食為其企圖自殺的方式，故於潛在危險性對自己的暴力行為問題內做處置。
情感和心情	S: 8/12「我不想活了，可不可以讓我死」。 S: 8/14表情愁苦表示：「我是一個沒有用的人，是家人的負擔」。 S: 8/17「我想餓死自己，不要吃飯」，「還有什麼方法可以讓我快點死掉」。 S: 8/17對於0-10的難過指數表示「我的難過痛苦心情有10分」。 O: 8/12病人表情顯憂傷，情緒低落，會談時言談被動簡答，少眼神接觸。 O: 8/17個案有自殺意念，不斷的表示想要餓死，但在工作人員的陪伴下每餐可以進食1/3份，因仍有自殺意念故醫療團隊評估自殺等級為II級(中度)。 O: 8/18性格量表得分顯示個案具有憂鬱傾向。
分析	個案有憂鬱的情緒表現及負向自我價值觀，曾多次的表達讓我死及想要餓死的話語，明顯的自殺意念，醫療團隊評估自殺危險為II級(中度)，故確立護理問題為潛在危險性對自己的暴力行為。
知覺	S: 8/17「我只是想餓死不想吃，並沒有聽到要我去死的聲音」。 O: 8/17意識清楚，否認有幻聽，於病房未觀察病人有自語、比手畫腳等情形。
思考	S: 8/17「我是一個沒用的人，是家人的負擔；我要餓死自己所以他們帶我來住院」。 O: 8/17個案憂鬱情緒影響，導致思考過程遲緩，但可以清楚的自我表達，切題回應問題，無妄想性思考。
認知	O: 8/12對人、時、地、計算能力、抽象思考、記憶力之評估可正確回答。 病識感 S: 8/11「我生了重病，不想活了，想要餓死自己」。 S: 8/11家屬表示之前都可以自己吃藥，坐車回門診追蹤。 S: 8/18「上次醫生說我是躁症，要持續的吃藥治療」。 S: 8/18「我都有配合吃藥，而且醫生說什麼時候回來我就回來」。 O: 8/18對精神疾病有部分病識感，並表示可按時的吃藥治療與回診。 O: 8/14居家護士表示個案出院後尚可以規則門診追蹤與服藥，但在8/11訪視時，發現個案該月的藥物未規則服用的情形。 O: 8/11-8/18對於藥物的治療可以被動的配合，服下藥物。 因應及防衛機轉 S: 8/12「家裡沒有瓦斯，沒有辦法下廚煮飯，其實我也不喜歡麻煩哥哥」。 S: 8/14表情愁苦表示：「我是一個沒有用的人，是家人的負擔」。 S: 8/18鼓勵上樓參加職能治療，表示「我走樓梯不方便，會耽誤大家的時間，我也不會唱歌跳舞」。 O: 8/12個案多壓抑自己的想法，有事情少與人溝通、商討。 O: 8/12個案在面對兄長的爭執時缺乏應對與溝通的技巧，覺得自己是家人的負擔，導致自殺的想法出現。 O: 8/18個案言談中多擔心自己影響到他人，故多以「不」的方式來應對，如：無法稱職當個好母親故不願結婚、走路慢會影響別人故不參加活動等。
分析	個案此次住院前三週有未按時服用藥物情形，評估個案是受到自殺念頭的影響，拒絕進食任何東西，才導致沒有服用藥物。因應防衛機轉上，個案在面對壓力時，會以壓抑或拒絕的方式來處理，顯示出個案有壓力因應技巧上的問題，故確立診斷為：無效性因應能力。

主 客 觀 資 料	
自我概念	S: 8/14「我是一個沒有用的人，是家人的負擔」。 S: 8/14「覺得無法做到賢妻良母才不結婚，現在自己一個人死了也了無牽掛」。 O: 8/12-8/19觀察病人表情愁苦，少有眼神接觸且多低頭，言談多負向想法，對自己沒有信心，擔心自己影響到整個團體的進行，會讓病友討厭。
人際關係	S: 8/11案兄表示妹妹行動不便，導致個性孤僻，少與家人、朋友來往互動。 S: 8/14「我不知道和他們（病友）說些什麼才好」。 S: 8/14「我習慣自己一個人生活」。 S: 8/19「很不好意思，麻煩你等我一個人，我還是不要去樓上參加活動好了」。 O: 8/12-8/16觀察除三餐吃飯外，其他時間都待在病房內，未與病友互動，對外界缺乏興趣。 O: 8/17-8/18鼓勵與陪伴下被動參加病房活動，但多低頭未與他人互動。
社會層面 家庭狀況	S: 8/14「哥哥為了誰要送飯給我的事情在吵架，我是家人的負擔」。 S: 8/15：案兄無奈的表示：「兄弟姐妹各自有家庭，沒有辦法全力照顧到病人，會帶她來住院是因為爸爸過世前有交待要照顧沒有結婚的妹妹」。 S: 8/17「哥哥他們都很忙，比較沒有時間過來」。 O: 8/11個案經濟來源為案父留下之遺產，但目前手足間已分家各有家庭，故與手足關係疏離。 O: 8/12打電話聯繫大哥帶病患的衣物來院，但大哥表示沒有時間；連絡二哥亦表示請工作人員找大哥處理。8/15再次聯繫大哥仍無法前來。8/16請社工協助聯繫，其大哥表示會找時間拿來醫院。
角色功能	S: 8/14「哥哥不讓我用火，家裡沒瓦斯可以下廚煮東西，才要麻煩哥哥送餐」。 S: 8/15「我也不喜歡麻煩哥哥，他們自己都有家庭了」。 S: 8/15「家裡附近有自助餐及7-11，但是我走路不方便，所以很少去」。 S: 8/11案兄表示個案發病前，除需協助送餐外，洗衣、整理家務都可自己做。 O: 8/11家屬與個案之間互動的技巧比較缺乏，少有互相關心的話語與互動。 O: 8/15個案無結婚且獨居少出門，三餐需家人協助，其他家事可以自行處理。
分析	個案缺乏愛及歸屬感對生命找不到意義，對事情看法多負面的自我評價，自我價值認同低，確立有長期性低自尊之護理問題。在人際互動方面，於主觀描述中發現個案在人際互動上面缺乏信心，對自己的能力懷疑，因負向的自我概念影響人際之間的互動，故一同併入低自尊內處理。家庭支持系統差，護理人員與社工適時的介入，但兩位案兄多表示沒有時間，相互推諉，因考慮個案為急性期，重點擺放在個案本身的改變，故家庭問題於症狀緩解後再做處置。
人生觀	S: 8/18「現在活一天算一天，我只有一個人無牽無掛」。 O: 態度顯消極，對人生沒有希望。
靈性層面 信仰觀	S: 8/18「我沒有特別的信仰，只要不做壞事就好」。 O: 個案無特殊宗教信仰，且覺有無信仰都不重要。
自我實現	S: 8/14「可不可以幫我快點死去？我不要增加家人的負擔」。 O: 個案言談中表達許多負向想法，認為自己一個人死了就好。
分析	個案在此層面上因受疾病因素影響有許多負向想法，態度消極，對未來沒有期待，此層面希望藉由低自尊的改善，減少負向念頭，提昇對自我的人生觀。

### 問題確立

- 依據上述護理評估，確立個案護理問題為：
- (一)潛在危險性對自己的暴力行為/憂鬱情緒、無價值感
- (二)長期性低自尊/負向自我看法、缺少人際互動
- (三)無效性因應能力/使用負向思考模式

### 護理措施與評估

#### 一、護理問題：潛在危險性對自己的暴力行為/憂鬱情緒、無價值感

執行日期：96年8月19~96年10月9日

主客觀資料	護理目標	護理措施	評 值
S: 8/12「我不想活了，可不可以讓我死」。	1.每餐主動進食2/3-1份餐。	1.與個案建立信任的治療性人際關係；	1.8/20-8/31於陪伴下可進食完一份餐。
S: 8/14表情愁苦表示：「我是一個沒有用的人，是家人的負擔」。	2.四週後能說出兩種正向情緒處理的方式。	(1)每日早上9:30-10:00與之會談，以尊重接納的態度，鼓勵表達內心感受，採開放性問話並給予關心與支持，當個案不做言詞表達時，在旁陪伴。	9/1後已不需要工作人員陪伴即可主動進食吃達2/3-1份。
S: 8/17「我想餓死自己，不要吃飯」； 「還有什麼方法可以讓我快點死掉」。	3.住院期間不出現自我傷害行為。	(2)每日早上10:00-11:00，晚上19:00-20:00鼓勵到大廳活動，播放輕柔音樂，協助放鬆心情。	10/7體重由38公斤上升到45公斤。
S: 8/17對於0-10的難過指數表示「我的難過痛苦心情有10分」。			2.9/15我有問題就會找護士小姐。心情不好的時候我喜歡靜靜的一個人聽音樂，引導下可以表示聽音樂、說說話可以讓我放鬆心情。
O: 8/11體重明顯下降，體重38公斤（案兄表示住院前一個月約45公斤）。		2.用餐時間時在旁陪伴，觀察三餐進食的情形，陪伴下自行可吃2/3份餐，立即給予口頭鼓勵。	
O: 8/12病人表情顯憂傷，情緒低落，會談時言談被動簡答，少眼神接觸。		3.於星期一與星期四測量體重，持續追蹤體重的變化。	

- O：8/17個案有自殺意念，不斷地表示想要餓死，但在工作人員的陪伴下每餐可以進食1/3份，因仍有自殺意念故醫療團隊評估自殺等級為II級（中度）。
- O：8/18性格量表的得分顯示個案具有憂鬱傾向。
- 4.同理、接受病人負向的思考，並引導表達負向思考的想法與行為。
- 5.啟動自殺防範措施：
  - (1)每日評估個案自殺意念及想法，並交班注意行蹤。
  - (2)定時每30分鐘觀察個案的行蹤、情緒波動及行為表現。
  - (3)團隊每週一共同討論個案自殺危險等級及自殺意念。
  - (4)每日晨間護理時，確實執行單位安全檢查，移開環境中危險物品，避免發生自我傷害行為。
  - (5)與個案簽訂不自殺契約，告知當情緒低落、有自殺衝動想法時，可到護理站尋求工作人員協助，不出現傷害自己的行為。
- 6.教導個案正向的情緒抒解方法，如：深呼吸、運動、找人傾訴、寫出來、聽音樂等。

## 二、長期性低自尊/負向自我看法、缺少人際互動

執行日期：96年8月19~96年10月9日

主客觀資料	護理目標	護理措施	評 值
S：8/11案兄表示妹妹因行動不便，導致個性孤僻，少與家人、朋友來往互動。	1.二週後可主動用言語表達心中的感受和需求。	1.建立信任治療性人際關係，以穩定、接納與尊重的態度，靜靜的陪伴個案。	1.9/8討論到住院前發生的事情時，表示兄長間為了誰要送飯給她吃而爭吵，讓自己心裡覺得很內疚。
S：8/14「我是一個沒有用的人，是家人的負擔」。	2.四週後說出自己正向的優點至少兩項。	2.定會談時間在早上9:30-10:00，使用傾聽、同理、陪伴的技巧，讓個案感受到被關心及被注意。	2-1.9/20個案可說出其實自己個性文靜隨和、很獨立，常為別人著想很多。
S：8/14「覺得無法做到賢妻良母才不結婚，現在自己一個人死了也了無牽掛」。	3.八週後能主動表達分享正向的經驗。	3.個案表示自己是家人的負擔等負向自我評價時，多傾聽、不批判。	2-2.9/30雖然我走路跛行，但不代表我什麼事情都不能做，我看到其他病友有些都不會自己洗澡還要護士幫忙、有些流口水也不會自己處理。
S：8/14「我習慣一個人住」。		4.鼓勵到大廳活動，增加人際接觸的機會，協助個案獲得正向的人際支持。	
S：8/14「我不知道和他們（病友）說些什麼才好」。		5.鼓勵閱讀書報，引導注意外界的事件，並鼓勵抒發對事件的看法，引導自我探索。	
S：8/19「很不好意思，麻煩你等我一個人，我還是不要去樓上參加活動好了」。		6.鼓勵參與職能、娛樂等治療活動，減少獨處沉浸負向想法之中，增加人際社交的機會。	
O：8/12-8/19觀察病人表情愁苦，少有眼神接觸且多低頭，言談多負向想法，對自己沒有信心，擔心自己影響到整個團體的進行，會讓病友討厭。		7.觀察個案在病房的行為與表情，當出現一點點的進步時，立即給予讚美與鼓勵，以提昇自尊心，增加改變動機。	
O：8/12-8/16觀察除三餐吃飯外，其他時間都待在病房內，未與病友互動，對外界缺乏興趣。		8.每週一下午2:00-3:00鼓勵並陪伴參加病房人際互動團體：	
O：8/17-8/18鼓勵下被動參加病房活動，但多低頭未與他人互動。		(1)增加與病友接觸機會，協助個案看到自己的優點及長處，加強自我價值感，提昇自信心，讓個案發覺自己有能力改變。	3.於9/23、9/30、10/7團體互動過程中，可以與病友有良好溝通與互動，並表達分享正向的經驗（附件一）。
		(2)協助成員認識病友、學習傾聽，並認識自己的優點，教導合宜溝通、互動方式。	
		(3)鼓勵病患在角色扮演情境中，練習合適的人際溝通及互動技巧。	
		(4)利用此時此地問題做討論，如：擔心自己步行慢，影響到整個團體，藉由成員間彼此的支持與鼓勵，減少負向念頭而提昇自我價值。	
		(5)讓個案觀察病友間互動模式，增加自我探索機會，以取得正向經驗。	
		(6)團體結束後，依當天的情境問題與個案做進一步的討論，引導表達團體內感受。	

### 三、無效性因應能力/使用負向思考模式

執行日期：96年8月19~96年10月9日

主客觀資料	護理目標	護理措施	評 值
S：8/12「家裡沒有瓦斯，沒有辦法下廚煮飯，其實我也不喜歡麻煩哥哥」。	1.四週後可說出自己不當的因應行為兩項。	1.主動表達護理人員的關心與支持，讓個案表達內在感受：	1-1.9/18可以於引導下說出不參加活動以及不吃飯、洗澡並不能解決自己的問題，只會增加哥哥的困擾。
S：8/14表情愁苦表示：「我是一個沒有用的人，是家人的負擔」。	2.出院前可使用兩種新的方法處理自己的問題。	(1)每日早上9:30-10:00與個案會談，耐心傾聽個案所抒發的情緒，瞭解個案對哥哥無法送餐的想法，並共同討論個案與哥哥之間的溝通、互動方式的期待。	2-1.9/28表示家裡可以準備微波爐或電鍋，就不用每天麻煩哥哥，這樣他們就不會因為誰要幫我送飯而起爭執了。
S：8/18鼓勵上樓參加職能治療，表示「我走樓梯不方便，會耽誤大家的時間，我也不會唱歌跳舞」。		(2)當個案情緒低落時，適時陪伴，共同討論與提供情緒宣洩方式如：找人說話或參與體能活動等。	2-2.10/6引導下表示哥哥跟嫂嫂其實對我很好，都會送飯給我吃，以前總覺得過去跟他們一起吃會不好意思，造成他們的困擾，但現在哥哥送餐給我，應該要跟哥哥一起溝通、商量，不然我會變成是他們更大的麻煩。
O：8/12個案多壓抑自己的想法，有事情少與人溝通、商討。		(3)協助個案了解內心需求，討論壓力因應的模式，引導思考事情處理的方法。如：擔心自己走樓梯太慢影響別人時，可以選擇坐電梯。	
O：8/12個案在面對兄長間的爭執時缺乏應對與溝通的技巧，覺得自己是家人的負擔，導致自殺的想法出現。		2.共同解決個案在家伙食的問題，減少自己是家人負擔的負向想法。	
O：8/18個案言談中多擔心自己影響到他人，故多以“不”的方式來應對，如：無法稱職當個好母親故不願結婚、走路慢會影響別人故不參加活動等。		(1)詢問個案三餐自理的能力範圍，哥哥不願意讓個案使用瓦斯，若協助準備電鍋或微波爐，是否會使用？	
		(2)評估個案到商店的距離或自助餐的距離，教導個案中午到自助餐買便當時，可多準備一份，回到家冰在冰箱晚上用微波爐或電鍋熱來吃。	
		(3)教導微波爐及電鍋的使用方法及注意事項說明。	
		4.當觀察個案有正向的想法出現時，給予立即的讚美與鼓勵，如：「你做的很好，會想到哥哥及嫂嫂的感受」；「願意嘗試一些不同的方式來解決自己的問題」	
		5.鼓勵參加人際團體治療，從成員的互動中，獲得不同的意見與看法，訓練個案處理問題的技巧。	
		6.轉介本院自殺關懷小組，提供後續關懷及支持。	
		7.討論家屬支持的情形，若哥哥無法探視時，如何自覺疾病發病先兆與處理方法。	

### 結果評值

經過二個月的護理過程，照顧初期藉由友善、關懷、接納的態度，與個案建立信任治療性人際關係，運用同理心及陪伴之技巧，適時提供個案需要的協助，個案自殺想法逐漸消失，未出現自殺情形，進食情況明顯進步，由陪伴及鼓勵到主動進食，至10/7體重已上升至45公斤，引導下願意表達及分享內心感受，利用所學習到的技巧如：聽音樂、寫出來、深呼吸放鬆等方式來抒解憂鬱的情緒。個案基本生理需求及生活自理能力提昇後，積極介入人際互動團體治

療，增加合宜的人際互動，體驗在人際衝突發生時，雙贏的溝通技巧與合宜的處置方式，藉由觀察他人的行為及正向回饋，個案能說出走路稍跛行，但並不代表其他事都不能做，對自己有正向的自我肯定，改善低自尊想法；個人因應能力部份，能了解自己逃避、拒絕的不當因應行為，且會針對自己的問題使用溝通、商討的方法解決，了解與他人共同解決問題的重要性。因考量案兄年紀已大且各有家庭，故擬加強培養個案獨立生活的能力，教導個案尋求支援的方法與途徑，經由團隊討論其後續的照護重點為轉介個案至復健病房，接受進一步復健治療，10/1與個案分享

照顧過程中工作人員所看到的進步，說明團隊討論結果，預定10/9會轉至復健病房，並於10/4陪同參觀復健病房，讓個案了解轉復健病房之目的，個案亦口頭表示願意嘗試。

## 討論與結論

此個案因受憂鬱情緒及長期低自尊影響，導致照顧初期與之會談時不回應，對活動常拒絕參與。故於照護過程中，每日皆需要安排較多的時間陪伴，不斷的提供關懷與鼓勵，建立信任的治療性人際關係，並提供個案維持基本的生理需求，平時注意觀察個案非語言的表現，對於一點點的進步就給予正向的肯定與鼓勵，增強個案內在對他人的信任感及自尊心的重建。在個案的精神症狀稍緩解後，經評估團體參與的可行性，鼓勵參加團體，於團體中個案可適度宣洩心中的壓力及說出內心感受，彼此分享面對壓力因應處理方式，在人際互動的問題出現時，了解彼此溝通，共同解決問題的重要性，不再一意的沉浸在自己負向的想法中，由此可見人際互動團體對憂鬱改善是有益的，故建議在臨床上對於有憂鬱症狀個案，提供結構式人際心理治療團體，運用團體等療效因子，將能提昇自信心，改善憂鬱症狀。

由於家人對病患的接納、關懷與支持對個案之復健治療是非常的重要，但雖經由護理人員與案兄多次聯絡後皆未能來院，對個案需求的支援提供協助，經轉介社工師介入處理未有明顯改善，考量個案之家庭支持系統差，加上主要照顧者年紀趨於高齡，提供個案照顧上有其限制，此為護理人員在處理上的困境。故在團隊共同討論後，建議處理重點為：1.與案兄協商能輪流至少每週探視個案一次及給予關懷，並教導注意觀察個案發病的先兆與處理。2.與居家護士協調，說明此個案獨居、家庭的特殊性，討論於個案出院後回歸社區時，是否可以增加探訪的次數，以提昇病患獨立生活之品質。

## 參考文獻

- 邱美華 (2005) · 低自尊學生的輔導 · *諮商與輔導*, 232, 21—24。
- 余春娣 (2005) · 憂鬱症病患自我調適技巧認知篇 · *健康世界*, 238, 47—51。
- 李引玉 (2006) · 情感障礙病人之護理 · 於鐘信心總校閱, *精神科護理學* (五版, 180—200頁) · 台北: 華杏。
- 周宗霖、王建楠、張鳳麟、林進嘉 (2005) · 雙極性疾患 · *行為科學*, 23 (8), 253—257。
- 洪昭安、林靜蘭、蕭淑貞 (2000) · 支持性團體於社區慢性精神分裂患者的應用 · *榮總護理*, 17 (1), 33—40。
- 唐子俊、蔡瑞修、王慧瑛、黃詩殷、林家興 (2006) · 憂鬱症合併重複自我傷害行為青少年的人際心理治療: 正向改變即有效治療因子分析 · *中華心理衛生學刊*, 19 (3), 279—304。
- 黃珮玲 (2006) · 自我概念改變病人之護理 · 於鐘信心總校閱, *精神科護理學* (五版, 146—175頁) · 台北: 華杏。
- 商志雍、廖士程、李明濱 (2003) · 精神科門診憂鬱症就診率之變遷 · *台灣醫學*, 7 (4), 502—508。
- 郭建成、鐘明勳、杜家興、李書棻、吳秀琴、張達人 (2007) · 憂鬱症患者在團體治療中之人際互動模式 · *中華團體心理治療*, 13 (1), 4—13。
- 陳偉任、鄭琇分、周立修、周煌智、林耕新 (2008) · 認知行為團體治療對女性門診憂鬱症患者的療效 · *台灣精神醫學*, 22 (1), 37—45。
- 陳美惠、余斯光 (2004) · 運用認知治療理論於一位重鬱症併邊緣性人格異常病患之護理經驗 · *高雄護理雜誌*, 21 (1), 31—45。
- 熊秉荃 (2006) · 心身疾病病人之護理 · 於鐘信心總校閱, *精神科護理學* (五版, 114—144頁) · 台北: 華杏。
- 鐘明勳、張達人 (2006) · 精神科急性住院病人團體心理治療 · *中華團體心理治療*, 9 (3), 1—5。
- American Psychiatric Association (2007) · *DSM-IV-TR精神疾病診斷準則手冊* (孔繁鐘、孔繁錦編譯) · 台北: 合記。(原著出版於2000)
- Irvin, D.Yaolm. (2001) · *人際互動團體心理治療* (陳登義譯) · 台北: 桂冠。(原著出版於1995)
- Stuart, S., & Robertson, M. (2006) · *憂鬱症最新療法: 人際心理治療的理論與實務* (唐子俊、唐慧芳、黃詩殷、戴谷霖譯) · 台北: 心理。(原著出版於2003)
- Kotani, H. (2004). Safe space in a psychodynamic world. *International Journal of Counseling and Psychotherapy*, 2, 87-92.
- Verkuyten, M. (2003). Positive and negative self-esteem among ethnic minority early adolescents: Social and cultural sources and threats. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 267-277.

## 附件一 團體互動觀察記錄表

日期	目標	活動設計	互動過程與結果評值
8/19	一、認識病友。 二、學習傾聽。	認識你我他	對治療者問話不回應，可以參加到團體結束。雖沒有言詞的表達與病友間的互動，但仍給予正向的鼓勵。個案表示不認識病友，鼓勵說出參加的感受，個案會表示有一些病友也都沒有說話。
8/26		聽一聽、看一看 (探索內心的想法)	可以小聲的說出自己的名字，開始注視治療者，但防衛心重不願意多表達自己的想法。成員表示感覺個案是很文靜的人，看起來很溫和。團體結束後，引導分享聽到別人讚美自己時的感受並傾聽個案口中的自己，個案表示自己就是不太愛說話，覺其他成員都很會說話。
9/2	一、感受他人。 二、體驗學習正向的人際互動。	情境扮演—交換角色、感受別人	可以對發言的成員有所回應，表示因為腳不方便，走路比較慢，常影響大家。有成員表示自己也是慢動作，但自覺沒有什麼不好。邀請成員模擬“等待”情景並分享感受。個案表示聽到很多不同的想法，而且大家都說願意等我，一起到樓上活動。
9/9	三、認識自己的優點及長處。	找尋我的朋友	主動走進團體治療室，觀察病患會主動的與隔壁的成員點頭打招呼並坐下。對於找尋朋友，個案會表示自己都是自己一個人，沒有朋友，有成員給予個案友善的回應，表示都願意當個案的好朋友。
9/16		我是最好的	分享自己很多事都做的不好，還要哥哥幫我送飯，並表示住院前都不想要吃飯，想要餓死的負向行為，成員提出不同意見，羨慕個案有哥哥的照顧，並讚美個案入院到現在的進步。
9/23	一、能探索自我內心想法，漸進表達出來。	喜、怒 哀、樂	共同分享喜怒哀樂的心情，團體中，出現成員間相互的言語攻擊，治療者針對此事件，引導成員一同分享感受，引導傾聽他人內心的聲音與自己內心的聲音，使用溝通的方式，尋求共同平衡點來解決問題。會後討論時，個案表示暴力是不好的事情，應該好好溝通、討論。
9/30	二、對病友分享能夠給予回饋。 三、有合宜的人際溝通技巧。	有悄悄話要說	提出有好多的病友都會流口水，自己會跟病友說要隨身攜帶衛生紙，希望他們可以一起維持乾淨環境。對於個案提出的方式與病友互動過程給予正向鼓勵與肯定。有成員表示個案現在都會主動到大廳參加活動，進步很多，個案以口頭表示謝謝的方式，來回饋其他成員的讚美。
10/7		對不起、謝謝你	聽到別人口中不好的自己，該怎麼做呢？引導分享感受與合宜互動技巧，並請成員說出抒發自己不高興情緒的方法。個案表示自己走路跛行，怕被笑所以不喜歡出門，有成員表示還有很多嚴重殘障的人存在，而且心地善良最重要。會與其他成員分享過去不好的自殺念頭，並表達自己即將轉病房，不能夠再參加團體。



# Experiences Gained in Nursing a Depressed Patient with Bipolar Mood Disorder

Chi-Hua Lan<sup>1</sup> • Chin-Miing Chen<sup>2</sup> • Li-Ling Ou<sup>3</sup> • Yu-Ping Hsieh<sup>4</sup>

**ABSTRACT:** This report is about the experiences gained in nursing a depressed patient with bipolar mood disorder undergoing suicidal ideation and negative self-evaluation. During the patient's hospitalization, nursing assessment was made on the basis of aspects of the patient's physical, emotional, intellectual, sociological, and spiritual state. The problems encountered were sorted into three categories: 1) Potential violent self-endangerment. 2) Long-term low self-esteem. 3) Inability to adapt effectively. By being genuine, warm, and consistent we were able to form a good therapeutic relationship with the patient. By being caring and companionable, and by providing timely mental support and stress reduction therapeutic techniques we were able to understand his inner feelings and help him to resolve emotional issues and thereby avoid suicidal behaviors. We also encouraged the patient to participate in the hospital's social activities and workshops. In the course of group interaction, he underwent self-discovery, acquired constructive knowledge, and gained problem-solving skills, transforming his negative thinking and behavior, reducing his depression, and enhancing his self-esteem/self-worth. Through watchful observation of the patient's mood changes and the teaching of stress reduction techniques, we have to date eliminated the patient's suicidal ideation and behavior. In group settings, the patient experiences the process of sharing, expresses his opinion in a timely manner, understands the influences of negative thinking, learns problem-solving skills, acquires constructive knowledge through other participants' feedback, and experiences enhanced self-affirmation.

**Key Words:** bipolar mood disorder, low self esteem.

---

<sup>1</sup>RN, BSN, Department of Health, Taoyuan Mental Hospital; <sup>2</sup>MSN, Nursing Supervisor, Department of Health, Taoyuan Mental Hospital; <sup>3</sup>RN, MSN, Director of Nursing, Department of Health, Taoyuan Mental Hospital; <sup>4</sup>RN, Head Nurse, Department of Health, Taoyuan Mental Hospital.

Received: April 2, 2010 Accepted: July 20, 2010

Address Correspondence to: Yu-Ping Hsieh, No. 71, Longshou St., Taoyuan City, Taoyuan county 330, Taiwan, ROC.

Tel: 886(3)3698553 ext. 3725; E-mail: hish666@typc.doh.gov.tw