

運用生命回顧於一位老人憂鬱症患者之照護經驗

郭麗芳¹ 王士華²

摘要：本文描述一位老年憂鬱症患者因出現自殺危機而住院的照護經驗。護理期間自2009年8月11日至10月7日，筆者依五大層面評估確立一潛在危險性自我傷害、焦慮及家庭因應能力失調—為三項主要健康問題；護理過程除提供身體、心理社會及自殺預防照護，增加其安全與信任感，並協助採非自我傷害方式表達宣洩外，更運用生命回顧之治療模式於結構性會談，以其人生各階段為主題重新詮釋生命經驗，使個案能意識其情緒與過往生命經驗及所處情境的關係，進而降低焦慮及瞭解身體症狀，而後協助其統整接受生命經驗，以增加正向意義的探索及因應。個案於住院期間未再出現自殺行為；並經由家庭會談分享生命回顧所察，增進照顧者對個案情緒及表現的瞭解與因應能力。本文運用生命回顧的照護方式期望可提供護理人員在面對類似個案護理問題之照護參考。

關鍵詞：生命回顧、老人憂鬱症。

前言

老年人因身體功能逐漸退化，加上易失去社會連結及家庭角色的變化，容易出現適應不良，導致退縮及憂鬱。根據2013年內政部統計處調查：臺灣65歲以上的老年人口逐年攀升，在101年底佔總人口比例的11.2%以上，其中約12%~20%患有憂鬱症。研究指出憂鬱症是老年人自殺的主要因子，老年亦是自殺年齡層的高峰（吳、劉、葉，2009）。憂鬱會影響老年人的健康感受、焦慮情緒、家庭及生活品質（林、陳、林，2010；張、高、黃，2006）；可見老年憂鬱症為當今社會不可忽視之重要課題。生命回顧於老人憂鬱的應用，在引發其回憶生命歷程，過程中，個體會經歷心理層面衝突，同時對生命本身更進一步的統整及認同，達到心靈的滿足（Haber, 2006）。社會變遷，使得老年人口家庭支持系統受到衝擊，促使政府及社會需要重新思考老人社會支持服務的問題，老年人口的社會支持提供給老人的廣泛性支持，家庭支持系統屬於社會支持網絡的一部分（曾，2004）。增加目前

社會之老人服務之重視，家庭對於家中老人憂鬱之瞭解及支持增加，可增加老人之滿意度及減少憂鬱焦慮情緒。

本個案為女性老年憂鬱症，經藥物治療及身體照護後，探討心理發展層面發現，其背景為養女、喪偶及面臨家庭離巢期情境上的危機，致個案情緒焦慮憂鬱，以身體化症狀及自傷行為表現，導致家人及醫療人員照顧上的無奈及挫折，引發筆者探討的動機，並嘗試運用生命回顧：強調生命階段歷程之正向詮釋於照護過程，協助個案釋放未解決的衝突和不滿，增加對生命本身的認同，期可改善個案憂鬱和因應及與家人之互動關係。

文獻查證

一、老年憂鬱症

憂鬱症是晚年常見的心理疾病，導致個體身心與社會功能障礙，亦增加了自殺風險（林等，2010）。依據DSM-IV-TR，憂鬱症依其症狀嚴重度及病程長短，可分為重度與輕度憂鬱症，主要症狀包含憂鬱的心情、失去興趣、睡眠障礙、食慾變差、注意力差、無價值感、罪惡感、無望感及自殺意念等（American Psychiatric Association, 2000）。於調查中發現，台灣老人憂鬱症盛行率以輕度憂鬱症（15.5%）高於重度（6.2%），再分析台灣老人憂鬱之影響因子：女性、低教育程度、無配偶、經濟狀況困難、無工作、自覺身體健康狀況差者，相對憂鬱指數越高，以上可見家庭、社會因素為影響台灣老人憂鬱表現之主要因子（林，2007；林等，2010）。

老人的憂鬱症狀，多半隱藏在身體症狀之下，包含疲倦、酸痛、全身無力、食慾不振、煩躁、胸悶、頭痛、無法解釋的腸胃不適或神經症狀等，特色為

¹台北市聯合醫院松德院區護理師 ²台北市聯合醫院松德院區專科護理師

通訊作者地址：王士華 台北市信義區松德路309號一般精神科
電話：(02) 27263141-1513

常以身體症狀反覆回診，治癒率較青年低，約50%患者在家醫科未正確被診斷（張等，2006）。臨床上焦慮及恐慌症狀與憂鬱症之共病現象常被提及，綜觀傳統華人社會的老人，較難以言語表達憂鬱心情，故心理壓力透過身體症狀及焦慮來呈現，以喚起家屬的關注，導致憂鬱徵兆被忽略，過程增加照顧者沈重的心理壓力及負擔，亦狹隘了其可獲得之社會支持（張等，2006；Hsieh & Lai, 2005）。

老人憂鬱症的有效治療，包含藥物治療、電器痙攣療法、心理治療（包含認知行為、精神動力、懷舊治療）及運動與生活形態重建（Cathy, Helen, & Kathleen, 2005）。建議除藥物治療外，可以適度運動、避免躺床、適當宣洩情緒及放鬆練習來減輕其疼痛、改善焦慮情緒及身體化症狀，研究證明親密的撫觸與區域式按摩能提供老人心理安撫，減輕焦慮及憂鬱（洪、李，2008；許、楊，2010）。憂鬱老人在感到生命失去意義，或遇到重大生活失落時，常採用劇烈、高致死方式結束生命，為各年齡層自殺率之首位；面對憂鬱及自殺老人可從(1)增加環境之安全及信任感；(2)重建內在資源：增強老人自我健康管理技能，提升人際技巧與適應能力，了解並從過去經驗中獲益的能力，協助接納並具有對自我生命意義的認知，激發內在動機與新經驗產生共鳴；(3)提升外在資源：協助家庭認知老年憂鬱之表現及因應，審視並創造老人四周支持性環境及強化支援網路等，例如：擁有關懷並伴隨在側的家屬或健全的社區照顧網絡，均可降低憂鬱的產生（江、戴、李、王、張、蔡，2006；吳等，2009；林，2007）。

二、生命回顧

生命回顧（Life Review）為Bulter於1963年提出，多應用於老人或臨終關懷，透過回憶並講述的方式，再次察看其人生經歷，對舊經驗中未解決的衝突和不滿予以協助釋放，藉此重建、發現、尋找正向角度去重新詮釋負向經驗，達到心靈的平衡。有別於Bulter（1963）同年提出較具心理社會理論的懷舊治療，雖同樣使用老人回憶，但生命回顧以較深入，強調一對一（個別性）、結構式（包含人生各階段）進行，安排1次/週，共6次，並透過自我評值及重新詮釋，以達到人生統整的目標（吳，2001；Haber, 2006）。

生命回顧的理論基礎，包含Erikson的心理社會發展階段，Erikson強調中老年的心理壓力來源，來自

於之前未完成的任務，讓老人停滯在此危機衝突中，及對過去一生發展的回顧難以統整或絕望（Haber, 2006）。透過回顧的過程，可探討老人過去面對問題的因應方式，提供領悟及確認喜好，獲得正面的影響，包括：調整過去的缺失、學習接納，以及重新了解生命的重要性，並重建老人生活重心及對生命意義的詮釋（Puentes, 2002）

台灣許多文獻支持透過懷舊療法可降低憂鬱，改善老人孤寂感與負向情緒，並提升其自尊、增加生活滿意度（馮、朱、張、梁、黃、周，2010；Chao et al., 2006）。生命回顧則較常見應用於國外老人，研究發現：生命回顧是在『尋找意義』，是一種將『消極』的回憶，改變成『積極』的治療風格；治療內容集中在個體的生命轉折事件，以更積極的評價，解決過去衝突，創造人生新主題；其比懷舊治療具有更大的心理健康的影響（Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007）。有效應用生命回顧可增進老人情感和遺憾的解決，增加自我接納，並減少憂鬱及焦慮症狀，提升生活滿意度，幫助處理危機及失落，對治療老人憂鬱是具有臨床和經濟效益（Kortel, Bohlmeijer, Cappellez, Smit & Westerhof, 2012; Pot et al., 2010）。

護理評估

一、個案簡介

鄭女士，65歲，喪偶，未就學，不識字以台語對話，過去從事工廠女工婚後家管。個案3歲被送養，原生家庭有12位手足，與原生姐妹關係親密，寄養後家庭有一姊，養父母在個案幼時過世，個案由同住之繼祖母扶養長大，但與寄養家庭間感情疏離。個案19歲結婚，夫妻感情佳，育有2女3男，皆已婚各自成家，過去與子之間因常口語威脅自傷而有口語衝突。目前和小兒子與其離婚妻子同住祖屋，主要照顧者為小兒子，其他子女輪流探視，常抱怨白天無人陪伴，與媳婦互動中易因教養孩子理念有衝突。

二、過去疾病與治療史

個案於1999年（55歲）始出現憂鬱情緒，症狀包含焦慮、身體病痛抱怨增加，常到廟裡收驚，四處求醫檢查及服藥。當時適逢婆婆去世，及先生礦工退休罹患塵肺症等重大生活壓力事件，並同時發現甲狀腺結節，以手術治療。期間家屬帶其四處求醫，曾於醫學中心精神科住院，診斷憂鬱症，出院後多於診所拿

藥，但不規則服藥，症狀起伏。於2008年（64歲），因身體病痛抱怨、自殺威脅及危險性增加，第二次住院治療，診斷為身體轉化症，出院後情緒穩定，於門診規則治療，並可照顧塵肺症之先生。

三、此次就醫經過

2009年4月案夫去世，個案再度出現憂鬱情緒，不出門，無法作家事，常呆坐不動；抱怨胸悶、胸痛，覺甲狀腺有異物感，在頸部貼酸痛貼布，曾到三家大型醫院檢查無異狀；每週2-3次去診所打針，每天服2-3顆普拿疼處理胸痛，並責備案子未積極協助，情緒更加低落，出現自殺意念、企圖割腕、割頸及在案子面前喝漂白劑，於8月11日入精神官能症病房住院治療，診斷官能性憂鬱症。

四、整體性護理評估

藉由觀察、會談、病歷紀錄及電話訪談等方式蒐集資料，評估期間為2009年8月11日至8月15日，評估結果如下：

1. 身體層面

穿著合宜，頸部有手術痕跡，貼酸痛貼布。身高154.5公分，體重55公斤，BMI=23.04為正常範圍，自覺食慾在心情不好變差，觀察每餐進食2/3伙，近期體重無變化。有甲狀腺手術及糖尿病病史，入院抽血檢驗：飯前血糖251 mg/dl、糖化血色素8.3 mg/dl偏高，控制飲食，調整藥物後血糖趨穩定。抱怨胸悶、胸痛，覺頸部異物感，評估生命徵象正常，緊張時較喘（8/11個案「我喘不過來，全身麻…心臟砰砰顫」，檢測心跳：110次/分，血壓：150/98 mmHg，呼吸：24次/分），EKG、胸部X光、心肌酵素檢查正常；8/12血液生化檢查T4、T3、TSH正常；一般身體及神經學檢查無異常。主觀表達便秘腹脹及頻尿，個案「一直跑廁所，不能離廁所太遠，怕來不及。」客觀觀察焦慮情緒增加時身體抱怨增加（8/12會談30分鐘內如廁4-5次，會客時約30分鐘1-2次），大小便常規檢查正常，飲水量1000-1500cc/一天；睡眠在藥物協助下可持續7小時，步伐穩、肢體活動靈活。

2. 情緒層面

表情愁苦、焦慮不安，常嘆氣，表達快死了、抱怨身體不適，情緒易受環境刺激出現起伏，易怒。自評焦慮滿分10分、憂鬱滿分10分；8/13個案「小時候被送給別人養，好不甘心，先生過世讓我又想到被拋棄的感覺，我好害怕！」「我氣他（先生）先死了，留下我受苦」「現在先生死了，媳婦就擺臉色給

我看」「兒子沒用啦，只會聽老婆的」。案二子表達：「她一直沒安全感，常要家人陪，不如意就會發脾氣，身體不適就越嚴重，心裡想什麼總是過了很久才說出來」；案二媳表達：「她對三弟他們離婚住在一起很生氣，在吵架時弟妹又說要全家搬出去不理她了」。觀察個案遇到挫折時，較採壓抑、否認、指責之機轉；與媳婦相處部分，因感到丟臉而不願多談，但又覺得痛苦。多年來以身體不適引起關注「我越想回家，但不知他們會不會來接我，我想到就胸悶到痛，心發慌」；目前也常因不如意出現自傷威脅或謾罵。

3. 智能層面

未出現幻覺；個性敏感、易焦慮、鑽牛角尖，思考內容悲觀消極。8/11 MMSE 23分，時/地定向感及短期記憶輕微退化，觀察當時焦慮度高、注意力狹隘，執著於身體抱怨。語言溝通理解方面無顯著困難、整體認知功能的表現符合其年齡教育學經背景，無顯著衰退。有部份病識感表示自己的症狀與自己的想法有關係。

4. 社會層面

病前會跟原生姊妹一起參加慈濟活動，跟鄰居聊天，現在看到鄰居只會要求按摩，大家都害怕他（案女：「媽媽很容易生氣，也不說發生什麼事，一直哭鬧說胸痛。」案三子：「以前是我們兄弟一起照顧，現在剩下我一個，他們都搬出去了，大家都怕她。」）個案對媳婦及兒子充滿矛盾，雖有抱怨，當來訪時即露笑容。入院後拒絕參加活動，要求室友按摩，引起抱怨及互動緊張。在家中與子女間溝通障礙，常抱怨覺得在家沒地位，不受重視（案二子：「媽媽太過分了，爸爸生病需要大家照顧，她一直吵要人陪，我氣不過就罵他。」「我們不知如何是好？他想去哪都滿足她，還是一直吵，弟弟都快得憂鬱症了。」）。住院期間三個兒子、媳婦輪流探視，觀察因個案情緒化表現，引起兄弟間分歧及對其埋怨，照顧上感到疲累及壓力。

5. 靈性層面

一般民間信仰，曾參加宗教活動當志工。自我概念覺身體多病痛、虛弱、沒體力，什麼都不能做了，表達先生過世前忽略自己的辛苦照顧，沒價值感，現在先生死了，媳婦擺臉色、兒子懦弱，害怕被拋棄，不知道如何承受家庭成員、健康及家庭權力的失落。

問題確立

個案人格表現內向壓抑且敏感，面臨老年生命統整期，但對於生命階段中的重要人生經歷，包含：幼年被送養的不滿、成長過程的辛苦及缺乏安全感、面臨喪偶及晚年婆媳相處與地位改變等情境充滿負向詮釋與情緒，導致其焦慮憂鬱與出現自殺威脅的負向因應行為，更因此造成家人長期照顧的疲憊，家庭及人際關係緊張而疏離。其所呈現之主要健康問題包括(1)潛在危險性自我傷害/與自我價值、衝動控制改變有關；(2)焦慮/與情境或成長危機有關；(3)家庭因應能力失調—危害性/與家庭支持功能改變有關。

護理計畫將分別針對其健康問題，前期目標優先以維護環境安全，建立其對醫療的安全與信任感，來降低自殺危險，並同時進行老人身體評估，確認身體狀態，並增加自我健康管理能力。接著評估認知能力以準備生命回顧之執行，護理中期以增加內在資源為目標：主要應用6次生命回顧會談，協助其了解危機、失落與重建對生命意義的正面詮釋，以減輕憂鬱與焦慮，改善內在自我因應能力與心理強度；最後以豐富外在資源為主：引導家屬共同參與治療，提出生命回顧的故事與察覺，增進雙方正向瞭解及溝通、問題處理能力，以提升個案的家庭因應資源。護理計劃說明如下表一～表三。

表一 健康問題一：潛在危險性自殺 / 與失落及衝動控制改變有關 (2009/8/11-2009/10/7)

主客觀資料	1.8/11案子「每次吵著要去診所打針，罵我們不關心她就鬧自殺，去年想跳樓，這兩天在我面前拿刀想割腕割頸及想喝漂白水。」 2.8/12個案「我胸口痛到我喘不過來，這些小孩都不理我，死了算了。」 3.8/13打電話要求案子會客未獲得滿足，在護理站前情緒激動以頭撞桌面，導致額頭泛紅。
目標	1.一週內可建立對醫療環境之安全感及信任關係，承諾不自傷。 2.四週內可採取非自我傷害的方式表達需求及宣洩情緒。 3.出院前不再出現自殺行為且可正向因應。
護理措施	1-1 建立治療性關係 1-1-1 介紹病房環境及活動以協助適應，保證安全及隱私性；主動告知主治護士上班時段及可提供資源及協助，安排固定代理護士，以延續照顧計畫。 1-1-2 採傾聽同理尊重態度，主動關懷入院情緒感受 1-1-3 主動關心生理需求，當表達身體疼痛時，進行身體評估，適度按摩並同理身體不適。 1-1-4 每班30分鐘與個案一對一會談，目的為評估自傷衝動、想法及計畫，情緒感受、身體疼痛及因應評估。 1-2 維護個案安全 1-2-1 根據家屬及個案會談蒐集自傷史，過去行為資料。 1-2-2 維護環境安全：安排易觀察的床位，禁止外出及危險物品，每週三安全檢查。 1-2-3 採用30分鐘密切觀察：巡視環境、觀察情緒、地點及行為。 1-2-4 自傷行為發生，解釋下採取隔離措施。 1-2-5 訂定不自殺契約，個案不識字，醫師及護理師以台語解釋約定內容，強調對安全之重視，促進治療同盟。 2-1 建立正向支持的溝通管道 2-1-1 醫療團隊討論及資料收集，分析並確認個案多因現實需求未滿足而出現吵鬧、口語威脅與作勢自殺之行為因應，衝動控制力弱；引導其探索、表達自傷行為的歷程與感受。 2-1-2 固定會談、陪伴、鼓勵表達、傾聽及支持，當抱怨身體疼痛或心情低落時，輕拍雙手及按摩疼痛部位，並關心不舒服原因。 2-1-3 協助建立支持系統，聯絡案子，說明個案狀況及情緒支持的重要性，反映個案在會客時面露笑容情緒放鬆。 2-2 教導採取非自我傷害方式因應壓力 2-2-1 觀察激動前兆，如：表達身體疼痛、哀聲嘆氣、未立即滿足就不停的責罵、躺地哭喊，此時主動陪伴，並鼓勵當察覺無法自我控制時，主動告訴護理人員。 2-2-2 教導轉移注意力方法，如帶領腹式呼吸、陪伴長廊散步及討論個案有興趣話題，如：個案談到兒子跟孫子就會有笑容。 2-2-3 教導情緒發洩方法，如：丟抱枕、提供單獨環境、散步運動等。 3-1 持續觀察評估自殺危機，提供心理支持（生命回顧運用） 3-1-1 固定時間會談：評估近期壓力源及因應模式。 3-1-2 促進自主控制及自我效能：安排及鼓勵固定參與每天下午職能活動及每週五老人人際互動團體。 3-1-3 運用生命回顧，提升生命正面詮釋（見健康問題二 2-1）

護理評估	<p>1.第一週(8/17)個案對醫療信任感提升,可表達心情煩躁及身體疼痛,並主動詢問如何因應困擾;主動詢問治療活動並參與,回應住院雖不習慣但隨時能找到醫生護士比較安心。於醫生及護士解釋下,同意遵守不自殺承諾,並簽定不自殺契約書,停止30分鐘密切觀察的自殺預防措施。</p> <p>2.第四週(9/12)主動要求護士陪伴,會談中表達沒安全感、過去被拋棄的失落跟害怕,有苦說不出,想死,但似乎苦悶說出來後就好一點。個案雖會說出胸悶到想死,但無自殺言行出現,在引導下執行5-6次腹式呼吸可改善,並主動以抱枕頭方式增加安全。主動參與生命回顧會談。</p> <p>3.第八週(10/7)每日參與職能活動,每週老人團體中主動發言分享經驗,表示胸悶時做深呼吸有效,要外出散步。可自覺壓力源:擔心被拋棄,並與家人理性表達所需,於出院前未再出現自殺行為。</p>
------	---

表二 健康問題二:焦慮/與情境或成長危機失落有關(2009/8/13-2009/10/7)

主客觀資料	<p>1.8/11個案「我喘不過來,全身麻…心臟砰砰顫」;觀察焦慮躁動,檢測心跳:110次/分,血壓:150/98mmHg,呼吸:24次/分</p> <p>2.8/12個案「一直跑廁所,不能離廁所太遠,怕來不及。」會談30分鐘內如廁4-5次,會客時約30分鐘1-2次,不願離開病室活動,注意力短,焦點多集中在自身身體情況。</p> <p>3.8/13個案「小時候被送養,不甘心,先生過世讓我又想到被拋棄的感覺,我好害怕。」</p> <p>4.案媳「她對三弟他們離婚住在一起很生氣,在吵架時弟妹又說要全家搬出去不理她了。」</p> <p>5.個案「我很想回家,但不知他們會不會來接我,我想到就胸悶到痛,心發慌。」</p>
目標	<p>1.一週內進行焦慮與認知評估,以腹式呼吸因應焦慮,並蒐集資料進行生命回顧。</p> <p>2.第二~六週內可主動參與生命回顧治療會談,平時身體抱怨下降,參與活動的持續度增加。</p> <p>3.出院前主觀焦慮感受減輕,並可於引導下以調整生命事件詮釋。</p>
護理措施	<p>1-1 建立治療性的信任關係(同健康問題一1-1)</p> <p>1-2 釐清個案與焦慮相關之心理及生理因素</p> <p>1-2-1 與個案及家屬會談收集病史,轉介專科及執行身體、神經學檢查。</p> <p>1-2-2 與醫療團隊討論下,進行焦慮、憂鬱及認知狀態評估,界定是否適合執行生命回顧會談之時機與模式。</p> <p>1-3 教導腹式呼吸</p> <p>1-3-1 當焦慮時,陪伴並以輕柔語氣引導腹式呼吸,約定每天陪伴4次練習。</p> <p>1-3-2 教導大範圍的按摩,如:腹部環狀按摩,以轉移注意力。</p> <p>1-3-3 護士陪伴下午3點半外出30分,鼓勵參與活動及持續平時活力。</p> <p>2-1 運用生命回顧,協助個案了解生命危機與重建對生命意義之正面詮釋</p> <p>2-1-1 約定每週一次(8/18-9/24),每次50分鐘,共計6次之生命回顧會談;會談過程若個案情緒困擾,則採陪伴、傾聽與支持態度;會談結構為:引導個案說出過去發生的重大事情,引導其描述如何面對此生命事件,事件對現在生命的影響?並引導正面詮釋意義。每週之生命回顧會談主題由護士引導個案發展,如下表四。</p> <p>2-2 鼓勵及提升個案自我效能</p> <p>2-2-1 持續評估個案主客觀焦慮情緒及身體化症狀。</p> <p>2-2-2 規劃參與固定病房活動及每日復健治療,於達成時給予正向回饋。</p> <p>2-2-3 每週生命回顧會談後,觀察個案反應,並適時提供心理支持。</p> <p>3-1 藉由生命回顧後自我統整以降低焦慮</p> <p>3-1-1 鼓勵在老人人際互動團體中,在成員間得到經驗分享及學習,增加情緒支持。</p> <p>3-1-2 持續評估焦慮情形,討論生活事件因應方式。</p>
護理評估	<p>1.第一週(8/16)理學檢查無異常發現。自評焦慮10分,憂鬱10分,可正確執行腹式呼吸因應緊張情緒。團隊評估發現個案屬焦慮性格,轉化身體症狀,評估認知功能無缺損,可進行生命回顧治療。</p> <p>2.第六週(9/24)六次生命回顧會談中初現頻尿、身體抱怨,進而可全程參與會談,主動發問,表達說出來心情較放鬆,身體抱怨減少,積極參與病房活動及復健治療,表示有成就感,自評焦慮4-5分,憂鬱自評5-6分。</p> <p>3.第八週(10/3)主動安慰相同經驗病友,在人際互動團體分享經驗,表達兒孫自有兒孫福。未再出現身體抱怨,面對假日外出會主動連絡兒子來接。表示已經準備好出院,焦慮自評1-2分,憂鬱自評2-3分。</p>

表三 健康問題三：家庭因應能力失調 / 與家庭支持功能退化有關 (2009/8/25-2009/10/7)

主客觀資料	1.8/22案女「媽媽很容易生氣，也不說發生什麼事，一直哭鬧說胸痛。」案三子：「以前是我們兄弟一起照顧，現在剩下我一個，他們都搬出去了，大家都怕她。」 2.8/25案二媳「她說回家弟妹不理自己，說要搬出去。」案二子：「去年媽媽太過分了，爸爸生病需要大家照顧，她一直吵要人陪，我氣不過就罵他。」「我們不知如何是好？他想去哪都滿足她，還是一直吵，弟弟都快得憂鬱症了。」
目標	1.三週內家屬能到院與個案參加家庭會談，並互相對話溝通。 2.出院前家屬能與個案共同確認出院後的持續照護計畫。
護理措施	1-1 與家屬建立治療性關係 1-1-1 每週一次電訪案三子，關懷照顧個案的感受，適時傾聽同理。 1-1-2 傳達個案病況，詢問對疾病的認知及支持度，呈現生命回顧談話內容，教導疾病及症狀，因應照顧方式。 1-1-3 安排案三子參加家屬座談會，藉經驗分享過程得到情緒支持及照顧經驗與資源。 1-2 協助家屬與個案間良性互動 1-2-1 了解過去及現在家庭成員互動的氣氛、感受及想法，確認家庭因應能力失調的原因。 1-2-2 進行家庭會談，觀察互動，引導鼓勵彼此說出期待，過程不評斷，說出內心感受。 1-2-3 邀請三個兄弟來院，安排社工師會談，讓手足間表達對個案生病的想法及感受，增進家庭成員彼此了解及情緒支持。 2-1 增加家屬間及個案出院後因應問題能力 2-1-1 邀請案子來院討論出院計畫，討論個案出院後住處，三兄弟如何分工照顧及雙方的期待，包含說明個案目前進行人生回顧治療會談，鼓勵門診時家屬加入諮商會談。 2-1-2 教導與個案互動之關懷溝通模式，多以傾聽並鼓勵表達內心感受。 2-1-3 提供持續醫療關懷服務：出院2次電訪，轉介社區追蹤，後續醫療介紹，如：門診及心理諮商會談。
護理評估	1.第三週(9/17)案二子媳來院表示：「以前真的不知道媽媽怎麼了，現在知道原來有那麼多害怕跟擔心，我們會多陪陪你的」，解除家屬不諒解及衝突。案三子會客，個案向兒子說出自己的痛苦及擔心，表示：「我只是要跟妳們住在一起，有人可以陪陪我」，三子表示：「我們不會搬出去的，會生氣是因為不知道妳怎麼了，妳都不說」彼此說出感受及想法。 2.出院前(10/2)三兄弟表示尊重媽媽選擇，個案：「出院後想去大兒子家，大媳婦會陪我。」每週假日外出子女輪流陪伴，出院前2次假日院外治療時，回大兒子家適應。個案與兒子更確認出院後先住在大兒子家，每次返診由三個兄弟陪診及會談。

表四 生命回顧記錄

時間	階段	引導探索	個案回顧	反映所見/ 重新詮釋舊經驗	個案反應及感受 (尋找正向意義)
第一次 (8/18)	童年時期被送養	小時候的特別記憶？	我排行第八，3歲就被送養...有時會想為何是我被送走？	聽起來妳很生氣難過...這對你的影響是什麼？ 現在回想有什麼看法？會覺得是自己不好嗎？	「為何是我被送走，不甘心不公平」「被拋棄的孤單、害怕、不安全感讓我焦慮害怕...」捲縮身體，「我好怕...好怕」 開始抱怨胸悶痛，表達想休息，此時陪伴輕拍雙手及按摩，可稍緩解。「我知道過去不是我決定的，被送走不是我不好，但我也常想為何是我被送走...」
第二次 (8/25)	成長辛苦過程	養父母家的生活情況如何？	奶奶很偏心，常被打，12歲就開始做家事，15歲就出去做女工...很苦！	這些不公平和辛苦一直留在心中...當緊張跟生氣發生時，妳都怎麼做？ 這樣做有幫助嗎？我觀察到兒子們都很擔心！	「這些感覺，讓我容易緊張跟生氣被遺棄，我只能用身體不舒服、自殺讓家人無法丟下我」。 「最近他們都不聽我的，現在還把我送到醫院...都不理我了」 「我知道他們不喜歡我這樣，...他們是沒有真的丟下我不管啦，但我就是會怕，想抓住他們」 「我好像讓他們很不知道怎麼辦！」
第三次 (9/03)	婚姻適應	說說結婚後生活？	先生很疼我，一起打拼很幸福、滿足！	這是人生最幸福快樂的時光？ 聽起來兩人一起努力白手起家真的很棒！ 過程裡只有快樂嗎？	「嗯，雖然不富有，但他很尊重跟照顧我，我們也買了房子跟養大了孩子。」 「是阿！現在想起來雖辛苦，但對這個家盡力了，我對得起這個家」「我知道孩子們尊重我，只是媳婦...這是我辛苦打拼的家，她們休想把兒子跟房子拿走...」
第四次 (9/10)	歷經丈夫生病去世	從先生生病到過世這段時間，妳的心情變化是？	停頓...覺得胸悶，抱著枕頭後，「我有照顧他，他卻丟下我一個人讓媳婦糟蹋」	在妳知道先生重病時妳的心情？ 你認為當時先生的感覺是什麼？這和被送養，真的一樣嗎？	突然讓我回到童年的被拋棄的不安全感，現在想起來覺得被那種害怕的印象絆住，先生死掉了...真的很痛，胸口真的很痛 沉默...他說過：「妳這樣照顧沒功勞啦」，我那麼努力他沒看到...跟小時候不一樣，現在我能夠做我要做的事，我自認盡責了，且現在我不是孤單的，還有小孩們。

第五次 (9/17)	家庭權力地位改變	先生過世後的家庭生活如何？	小孩是還算聽我的，但是三媳婦很壞，老三被牽著鼻子走，我怕會被趕走，房子被搶走	又是一種擔心被拋棄的感受？ 媳婦像是被送養的妳，一定要聽話？兒子真的像妳想的他們都不理妳嗎？	我不敢講出來…其實我只是想要小孩不要離開，要尊重我！她(媳婦)是花錢(聘金)娶進門的，竟然不聽話。 沉默…我小時候真的只能乖乖聽話，我是管不了她(媳婦)啦！「他們都有來看我…」承認小孩都還算孝順，對於假日都會來接她有笑容
第六次 (9/24)	人生回顧	人生多次面對分離狀況？	「我是被丟下的人，小時候是，我怕現在…怕到痛，有苦沒地方說」	送養是一種拋棄嗎？或可以解釋為另一種祝福！ 跟小時候不一樣了，你有能力影響整個家！	搖頭…小時候家窮，他們把我送走也是為了我好，也許沒被送走並不會比較好，但就是過不去…被拋棄的感覺讓我沒安全。 「談那麼多，知道因為童年陰影造成…自己好運的嫁給先生，子女算聽話…之前吵鬧大家為難生氣…」我會說出內心想法。

結論與討論

個案因壓力因應資源有限，累積許多對過往生命經歷的不滿，在面臨人生統合階段的課題時，導致其產生憂鬱情緒、身體化症狀多、自殺行為，伴隨影響到自己及家人正常生活；經過二個月的護理照護及生命回顧之應用，個案可察覺自身情緒與生命歷程之相關，採取更正向之態度詮釋以往經驗，增加自我接納及獨立性，情緒狀態日趨穩定。亦協助家屬透過對個案生命故事之理解，改善彼此互動關係，出院計畫時確認三兄弟的分工及雙方的期待，說明個案目前進行生命回顧治療會談的進度及成效，確認出院後持續門診諮商，並鼓勵陪同家屬共同參與，續轉介社區老人精神照護單位（如：居家照護、社區老人關懷中心），提供個案及家屬情緒的支持及疾病照護技巧。

生命回顧強調：系統地從童年到現在，回想並重新評估過去，整合、接受並重建過往中令人不安的記憶和生命事件，在有條理回憶中，重新評估、解決衝突或評估適應，以解決目前存在的問題（Mitchell, 2009）於本個案應用中發現：因喪偶引發幼年被拋棄的不安全感、知覺家庭權力與決定權喪失、年邁等多重失落，加重其憂鬱情緒；協助其對階段危機回顧及生命重要事件整理，重新定位詮釋後，個案察覺自身舊有情緒、行為因應模式，可向家人表達自己的擔心害怕及對家庭關係的期待，改善因溝通不良與不當因應造成的家庭衝突。正如Pot et al. (2010) 提到，生命回顧在尋找意義後能預防或減少憂鬱、焦慮及處理危機和失落，進而提升生活及照護滿意度。

照顧經驗中，起初因個案高度焦慮，並常以非理性方式因應，常有無力感；當發現並同理其幼年送養情緒後，個案痛哭並握著筆者雙手表示：「是的！我的痛苦都沒人知道，放在心理真的很痛苦」；藉此

脈絡探索其內心故事，過程以支持、關懷態度，讓個案感受被了解及同理；關係建立後，以溫柔的態度，開放並重新詮釋舊經驗，豐富其生命意義。透過治療團隊分析發現，個案因心理防衛，仍抗拒某些會談中的重要討論，如案夫過世的哀傷、軟化對媳婦的敵意…等，此部分則尊重個案安全感需求，待未來其心理資源更豐富、強韌時，再加以討論。此次經驗讓筆者深刻體會並更能敏銳察覺老人照護需求，建議臨床可增添實務運用及分享。然而，執行老人生命回顧會談時，需花費較多時間與陪伴，雖有治療團隊合作，但當下受限於護理人力短絀及缺乏生命回顧治療督導者，導致臨床生命回顧照護應用的限制，建議臨床上可增加此類課程之實務訓練。另，針對老人個案，社區資源除可廣泛運用諮商治療之專業，建議在出院計畫中邀請家屬共同談話，於雙方期待下確認未來主要照顧者，及家屬分工，如陪伴看診並參與諮商會談，可增加家庭照顧之效率，減少其再病發住院及家庭衝突，減輕照顧者負擔與提升家庭因應。

參考資料

- 內政部統計處（2013，1月26日）· 102年第4週內政統計通報（101年底人口結構分析）· 2013年7月10日取自 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=7121。
- 江弘基、戴傳文、李明濱、王銘光、張文穎、蔡佩樺（2006）· 老人自殺問題· *台灣醫學*, 10（3），353—361。[Chiang, H. C., Tai, C. W., Lee, M. B., Wang, M.K., Chang, W. Y., & Tsai, P. H. (2006). Current issues of suicide in the elderly. *Formosan J Med*, 10(3), 353-361.]
- 吳麗芬（2001）· 懷舊療法與人生回顧· *護理雜誌*, 48（1），83—88。[Wu, L. F. (2001). Reminiscence therapy

- and life review. *The Journal of Nursing*, 48(1), 83-88.]
- 吳書儀、劉珣瑛、葉炳強 (2009) · 老人自殺現況暨老人自殺防治的探討 · *台灣醫學*, 13 (4), 416—424。[Wu, S. I., Liu, S. I., & Yip, P. K. (2009). Current status and prevention strategies of suicide in the elderly. *Formosan Journal of Medicine*, 13(4), 416-424.]
- 林籃萍 (2007) · 老人憂鬱情形：流行病學與防治策略初探 · *台灣老人保健學刊*, 3 (1), 53—64。[Lin, L. P. (2007). Depression among the elderly: The review of epidemiological analysis and prevention strategies. *Taiwan Journal Of Gerontological Health Research*, 3(1), 53-64.]
- 林正祥、陳佩含、林惠生 (2010) · 臺灣老人憂鬱狀態變化及其影響因子 · *人口學刊*, 41, 67—109。[Lin, C. H., Chen, P. H., & Lin, H. S. (2010). A panel study on factors affecting the changing status of depression among the elderly in Taiwan. *Journal of Population Studies*, 41, 67-109.]
- 洪錦益、李明濱 (2008) · 身體症狀、疼痛與憂鬱症 · *中華民國內膜異位症婦女協會會刊*, 15 (10), 12—14。
- 張耀文、高東煒、黃宗正 (2006) · 老年憂鬱症 · *長期照護雜誌*, 10 (3), 207—215。[Chang, Y. C., Kao, D. W., & Huang, T. C. (2006). Geriatric depression. *The Journal of Long term care*, 10(3), 207-215.]
- 許金霞、楊明磊 (2010) · 以親密按摩改善照護機構老人憂鬱及焦慮情緒成效之研究—以單一受試者設計為例 · *護理暨健康照護研究*, 6 (1), 54—64。[Hsu, C. H., & Yang, M. L. (2010). The effect of intimacy massage on reducing depression and anxiety in the institutionalized elders: A single subject design. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 6(1), 54-64.]
- 曾嫻瑾 (2004) · 從老年的家庭照顧支持系統思考老年人照顧問題 · *社區發展季刊*, 110, 274—283。[Tseng, Y. C. (2004). To discuss the older care from family system. *Community Development Journal*, 100, 274-283.]
- 馮瓊儀、朱信、張秀如、梁嘉慧、黃維仲、周桂如 (2010) · 懷舊治療於改善老年人憂鬱、身心健康及孤寂感之成效探討—文獻回顧 · *精神衛生護理雜誌*, 5 (1), 13—20。[Feng, C. Y., Chu, H., Chang, H. J., Liang, C. H., Huang, W. C., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on depression, physical and mental health, and loneliness among elderly people: A literature review. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 5(1), 13-20.]
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 256(1), 65-76.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health*, 11(3), 291-300. doi:10.1080/13607860600963547
- Cathy, J. F., Helen, C., & Kathleen, M. G. (2005). Effectiveness of treatment for depression in older people. *Medical Journal of Australia*, 182(12), 627-632.
- Chao, S. Y., Liu, H. Y., Wu, C. Y., Jin, S. F., Chu, T. L., Huang, T. S., & Clark, M. J. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *The Journal of Nursing Research*, 14(1), 36-45. doi:10.1097/01.JNR.0000387560.03823.c7
- Haber, D. (2006). Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *International Journal of Aging & Human Development*, 63(2), 153-171. doi:10.2190/DA9G-RHK5-N9JP-T6CC
- Hsieh, M. H., & Lai, T. J. (2005). Depression in late life: Current issues. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 19(2), 85-99.
- Korte1, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1163-1173. doi:10.1017/S0033291711002042
- Mitchell, S. F. (2009). *Life-review therapy: A prevention program for the elderly who are experiencing life transitions a grant proposal*. California State University, Long Beach.
- Puentes, W. J. (2002). Simple reminiscence: A stress-adaptation model of the phenomenon. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(5), 497-511. doi:10.1080/01612840290052668
- Pot, A. M., Bohlmeijer, E. T., Onrust, S., Melenhorst, A. S., Veerbeek, M., & Vries, W. D. (2010). The impact of life review on depression in older adults: A randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 572-581. doi:10.1017/S104161020999175X

An Experience Applying Life Review to a Geriatric Depression Patient

Li-Fang Kuo¹ • Shih-Hua Wang²

ABSTRACT: This article describes the experience of caring a geriatric patient who has suffered from depression and been hospitalized for suicidal impulse. The nursing period started from August to October, in 2009. There were three main health problems found, including a risk of self-harm, highly-anxious emotion, and poor family coping strategies. After rendering physical, psychosocial and suicidal interventions to increase this aged female's feeling of safety and trust, we discovered alternative strategies to release emotional distress instead of harming behaviors. At the same time, we applied life review method involving a structured interview skill to evaluate her life. This interview aimed to re-interpret those negative experiences and conflicts in the past, and to newly provide with a positive meaning to life. It helps this case being aware of her depression and anxiety that could originated from the suffering, the physical symptoms and her life story. In the end of hospitalization, this individual case no longer thought about suicide, and because of this experience, we also enhanced our ability of understanding a patient's disease and psychodynamic in the nursing practice. This caring experience is valuable and implemental to future elderly care.

Key Words: Life Review, Geriatric Depression.

¹RN, BSN, Songde Branch, Taipei City Hospital. ²RN, MSN, MPH, Nurse Practitioner, Songde Branch, Taipei City Hospital.
Address Correspondence to: Shih-Hua Wang, No. 309, Songde Rd., Sinyi Dist., Taipei 110, Taiwan, ROC.
Tel: 886(2)27263141 ext. 1512; E-mail: kellywsh@gmail.com