

# 以 Watson 關懷理論照護一位 自殺企圖之憂鬱症老人之護理經驗

賴怡璇 江國誠\* 陸秀芳\*\*

## 中文摘要

本文描述照顧一位老年憂鬱症患者，經歷喪偶之後，加上面臨子女離巢期之調適障礙，開始出現憂鬱、負向想法與自殺企圖之護理經驗。護理期間為2013年10月17日至11月22日。住院初期使用簡式健康量表評估自殺危險性及整體性護理評估方式收集資料，發現個案主要有潛在危險性自殺與無望感之護理問題。筆者運用Watson關懷理論，發現可以協助個案克服生活中的壓力與問題，改善無望感、解除自殺危機，以提升其適應能力改善憂鬱情緒。出院後續追蹤個案可生活規律、情緒維持穩定、按時返診。筆者發現此次運用Watson關懷理論於臨床照護中，可以有利治療性關係的建立，並且協助個案找到生命的希望。藉由此次照護經驗分享，提供護理同仁日後在面對照護類似個案之參考。(志為護理, 2016; 15:4, 96-105)

關鍵詞：老年憂鬱症、Watson關懷理論

## 前言

根據行政院內政部之人口統計，至2014年底時，六十五歲以上老年人口有280,8690人，佔總人口數的12%（行政院內政部，2015），顯示臺灣人口高齡化日趨嚴重，憂鬱症是常見的精神疾病，全球約有3.5億人口受憂鬱症之苦，

憂鬱症會影響日常生活及工作表現，嚴重的話會造成自殺死亡(WHO, 2015)。國內一篇有關於老人憂鬱症的危險因子研究，顯示無宗教信仰、自覺健康狀況不佳、罹患慢性重大疾病、自覺生活費不夠及社會活動參與率低是老人憂鬱症狀的顯著相關因子(古，2014)。

本文為一位女性老年憂鬱症患者，

佛敎慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部護理師及慈濟大學護理研究所研究生 佛敎慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部護理長及慈濟大學護理研究所研究生\* 慈濟大學護理學系助理教授\*\*

接受刊載：2015年12月23日

通訊作者地址：陸秀芳 970花蓮市中央路三段701號

電話：886-3-856-1825 #2224 電子信箱：sflu@mail.tcu.edu.tw

喪偶二十餘年，獨自扶養四名子女，但子女成家後聚少離多，加上高血壓與糖尿病對生活品質之影響，產生孤獨、無價值感，並因多次自殺企圖反覆入住精神科急性病房。從國內文獻發現，護理人員應用 Watson 關懷理論於精神科、社區、兒科護理等領域，其中二篇是應用於精神科憂鬱症的個案，可以協助個案降低自殺的風險，改善焦慮、憂鬱、無望感，以提升個案潛能，促進身心健康(盧、陳、黃，2012；顏、張、李，2012)。因此引發筆者以 Watson 關懷理論於護理過程，協助個案克服生活中的壓力與問題，以提升其適應能力改善憂鬱情緒。

## 文獻查證

### 一、老年憂鬱與自殺危機的護理

老年人隨著年齡的增長，身體老化與日常生活功能障礙，加上生活事件改變，如：退休、子女離家、離婚或喪偶等因素，失去生活重心，則容易感到孤獨，引發情緒上的適應不良，社交參與改變，導致憂鬱情緒(林等，2010；謝、顏，2010)。辨識老年人的自殺風險，為自殺防治之首要任務，有九成的老年人在自殺死亡前30日曾經就醫(李，2012)。老年憂鬱症之治療以藥物為主，但臨床上常合併心理治療輔助，如：認知行為治療、人際關係治療、動力取向治療(Dunner, 2013)。

關於照護住院期間之自殺風險個案，有以下照護要點：1.隨時評估自殺意念並落實紀錄；2.依據自殺防範等級執行違禁物品之管理與安檢；3.過濾訪客並

避免個案獨處；4.安排靠近護理站之床位；5.護理人員需積極傾聽，以支持性會談評估自殺行為背後之原因；6.不批判老人之自殺行為，接納此為求救訊號；7.安撫家屬之焦慮，了解關心老人自殺行為並不會增加自殺風險；8.確定個案服藥，並維持生理需求之滿足、睡眠與營養平衡、疼痛控制與舒適；善用非語言溝通，尊重個案；9.結合醫療團隊共同照護；10.轉介衛生局心理衛生中心；11.出院後持續追蹤(何，2011；李，2012；陳、林、洪，2004)。

### 二、無望感與護理

蘇、陳(2009)綜合文獻與字典，整理出無望感的定義特徵為1.感到無能力解決現存的問題；2.表現出負面的情緒；3.表達出悲觀之想法；4.主觀認為無法控制未來。憂鬱症病人主要特徵是低自尊、明顯的無望感及無價值感，照顧具有無望感之憂鬱症個案，在環境方面避免對病人額外的刺激，以減輕病人心理的壓迫感，在護病關係建立方面，護理人員需以真誠、支持、了解的態度來照護個案，傾聽個案需求，不催促病人回答，適時採沉默，讓個案有感到安全感，協助病人表達想法和感覺，讓病人感到被尊重，並學習自我表達，以提升自我價值感(戎，2012)。

### 三、Watson 關懷理論

關懷照顧是護理的本質也是滿足人類需求不可或缺的元素，有效的關懷照護可以促進健康，Watson 人性化十項關懷照護理論分別為：(1)形成人性-利他價值系統(2)激發信心與希望(3)培養對自我和他人的敏感度(4)發展助人-信賴的

人際關係(5)增進並接受正負向感受的表達(6)有系統的使用科學性的問題解決方法來做決定(7)增進人際間的教與學(8)提供支持性、保護性及矯正性的心理、生理、社會文化及靈性的環境(9)協助滿足人類的需要(10)發揮存在現象、靈性的力量(杜, 2008)。從國內外文獻發現, 護理人員應用 Watson 關懷理論於精神科、社區、兒科護理等領域, 可以改善個案的壓力、焦慮、憂鬱等以提升個案潛能, 促進身心健康(盧等, 2012; 顏等, 2012)。從盧等(2012)及顏(2012)的文獻可了解護理人員照護憂鬱症個案過程中, 常遇有個案因憂鬱症狀困擾及負面思考常導致有無望感, 當憂鬱未能改善則易有自殺風險的危機, 護理人員運用 Watson 關懷理論有利於治療性關係建立, 協助個案表達內心想法, 增強個案自信以度過憂鬱症自殺危機。

統合上述文獻, 運用關懷理論以個案為中心, 表達關懷、予灌注希望、運用支持性會談技巧、尊重病人, 協助度過生活危機、提升個案潛能, 促進身心健康。

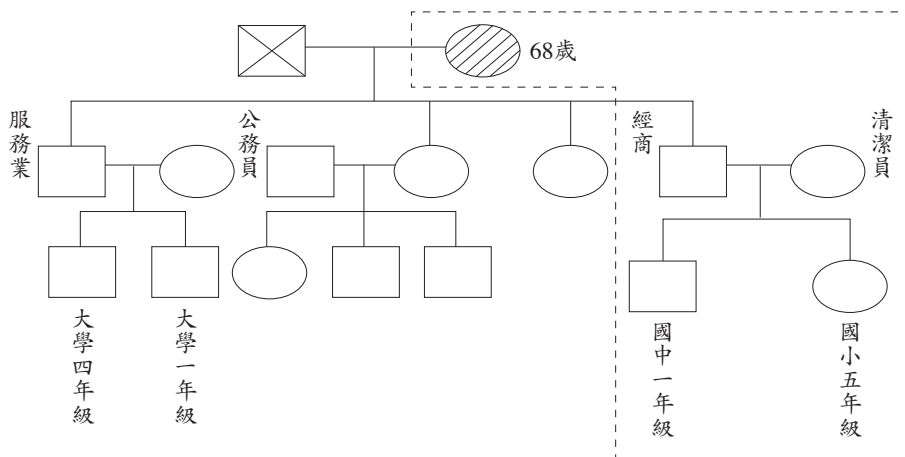
## 護理評估

### 一、個案簡介與家庭史

黃女士, 68歲, 喪偶, 國小畢業, 信仰道教, 為閩南人, 能說國臺語。住院診斷為重度憂鬱症(major depressive disorder)。案夫因癌症過世, 個案目前與小兒子之家庭成員同住。平時與兒女互動疏離, 且小兒子因工作時常停留外地, 而同住之兒媳對於個案的生活起居因工作之故也較忽略。大媳婦並未同住, 卻常對個案噓寒問暖, 住院期間常利用工作之餘探視, 為住院期間醫療團隊聯繫家屬之主要窗口, 而其家庭醫療決策者是長子。家庭樹如下圖:

### 二、過去病史及現在病史

個案本身有高血壓和糖尿病病史, 於1991年喪偶後開始出現憂鬱情緒及失眠情形, 多自行於診所或一般內科門診求治, 但情緒症狀改善有限。約2010年經診所醫師建議而開始於社區精神科診所求治, 但因自覺藥物效果不佳, 而時常



更換醫師。於2011年轉介至本院精神科門診，陸續因情緒低落、自殺意念住院治療四次，末次住院為2013年3月，出院後生活適應良好，並可規則返診。但中秋節後，個案情緒莫名低落，社交互動減少，興趣減低，對於媳婦管教小孩聲音感到煩躁，由大媳婦陪伴個案於2013年9月27日與10月11日返診精神科門診，經醫師藥物調整下，其憂鬱症狀未明顯改善，於2013年10月15日在家中發生企圖喝農藥之自殺行為，遭家人制止。故在家人安撫下，於10月17日由大媳婦陪同返診，安排入院治療。

### 三、五大層面評估

#### (一)身體層面

個案外觀衣著合宜，入院身高155cm 體重65公斤，體型微胖。住院期間三餐食量正常，睡眠平均達5-6小時，主觀夜眠品質可。平時休閒為種菜或找鄰居聊天，但觀察個案住院初期，職能活動參與度低；個案無抽菸喝酒習慣，本身有高血壓及糖尿病病史，長期服藥控制，住院期間血壓平均94-118/60-85mmhg，飯前血糖平均99-150mg/dl；10/18抽血GLU-AC為110mg/dl、HbA1c為5%，屬於理想範圍內。排尿正常，沐浴衛生自我照顧可。10/21因脹氣與便秘情形，會診腸胃內科，軟便藥物使用後症狀改善；10/22主訴「眼睛會感到模糊及乾澀」，會診眼科診斷為白內障、無糖尿病視網膜病變。此層面評估個案雖有糖尿病、高血壓病史，但目前藥物控制穩定；便秘與視力模糊乾澀在會診後處置皆有改善。此層面尚無健康問題。

#### (二)情緒層面

個案表情淡漠，愁苦容易嘆氣。無精打采，多臥床休息，並婉拒職能活動，顯社交退縮。表示「平常在家中偶爾跟鄰居聊天，或種菜，但覺得自己生這種病，什麼事也做不來，像個沒有用的人；聽到媳婦管教孫子的打罵聲，自己也感到心煩；覺得就算心情不好，說了也沒用；以前過年過節小孩都會回來團聚，吃我煮的飯菜，現在小孩都長大，有自己的事業，沒有人關心自己，而且自己有糖尿病，又生這種病，已經好不了了，活著有什麼意義，還是喝濃藥死一死，免得拖累小孩，這樣自己也能解脫」。10/17評估BSRS-5簡式健康量表為16分，其中自殺意念為4分；住院初期會談，個案容易關注身體症狀，如全身乏力、便秘、視力模糊等，並表現焦慮，期待醫療處置，在回覆會診安排後，才稍心安，於晨間護理的治療時間，個案也容易表現出催促護理人員給藥與排斥職能活動之邀約，BSRS-5簡式健康量表之結果為重度情緒困擾。個案對於情緒問題多採壓抑，並缺乏對於精神疾病及生活事件的因應技巧，並企圖以自殺方式面對，具有「潛在危險性自殺」護理問題；個案無法適應兒女生活重心之轉變，產生孤寂、無價值的想法，具有「無望感」護理問題

#### (三)智能層面

個案意識清醒，言語表達順暢，思考過程符合邏輯，知覺皆正常，無妄想之言談。但想法多負面，認為老了就是沒用，心情不好是自己的問題，與他人互動較為被動。測驗判斷力時，個案可說



出「當地板溼了會通知護理人員，否則會有人滑倒」；定向感可正確說出「目前在醫院，現在是下午，與自己一起陪同來院的是大媳婦」；記憶力，個案可複誦「桌子、天花板、手錶」隔三到五分鐘只記得「桌子、天花板」（立即記憶），「午餐吃院內伙食主食是乾飯」（短期記憶），「記得家中的電話號碼和自己的出生日」（長期記憶力）；抽象思考能力，個案可說出香蕉和蘋果都是水果。臺語俗諺「吃水果拜樹頭」，個案可說出「要知道感恩」；計算能力，個案只能說出「 $100-7=93$ 、再減 $7=86$ 」之後無法再繼續算；基本知識，可說出「現任總統為馬英九」；有關病識感之描述「想自殺是因為心情不好，覺得憂鬱症吃藥好像也沒什麼用，大媳婦與醫師要我來住院就來了，不然他們又要擔心」。10/25心理師施測MMSE總分可達24分。分析：個案想法負面，透露對治療的無望，並有自殺企圖，壓力因應技巧不佳。目前配合住院與服藥，但將治療目的歸咎他人，屬部分病識感。整體認知功能正常(MMSE>21分，國小學歷)。此層面評估無認知相關之護理問題。

#### (四)社會層面

個案與同住的孫子關係不錯，但與小兒子夫婦之互動疏離。個案表示「生病後什麼都沒辦法做，做也做不好，身為母親、婆婆的身分，做的並不稱職，平常兒子女兒都不會關心我。其實自己喜歡熱鬧，但平常只有與鄰居聊天或種菜，有時候種的菜會分享給鄰居，但也沒有知心的朋友可

以聊心事，鄰居也都不相信自己罹患憂鬱症；大媳婦其實很孝順，平常工作忙碌也會找時間來探視自己」。觀察個案於病室內缺少日常用品時，擔心造成別人負擔而不敢麻煩大媳婦幫忙。而大媳婦於個案住院期間多次探視個案，並攜帶點心予個案食用，觀察個案於住院初期社交退縮，對於職能活動多採拒絕，表示不感興趣。個案平時在家中感到孤單，覺得沒有人了解自己，與鄰居雖有互動，但無訴苦的對象，逐漸導致社交退縮。評估此層面之社交互動障礙，係源自於個案之「無望感」，對生活經驗之負面解讀有關。

#### (五)靈性層面

個案表示自己得了這種病，常讓自己感到不舒服，又覺得老了不用，也擔心身體出問題，對任何事情也沒有動力去做，容易出現負面的想法，也期望能夠將自己的情緒調整好；信仰道教，也相信因果輪迴，逢年過節會去拜拜祈求平安。對於生命價值，認為死了就好，這輩子都過不了了，無法想到下輩子。個案存在無價值感與低自尊之想法，係與其面對子女成家後之生活重心轉移調適不良有關。雖信奉道教，相信因果輪迴，但目前宗教信仰無法對自殺想法產生嚇阻。個案存在無價值感與低自尊之想法，係與其面對子女成家後之生活重心轉移調適不良有關。

#### 護理問題

經以上五大層面評估，確立個案具有兩個主要之護理問題，分別為：

- 一、潛在危險性自殺/與憂鬱情緒、對生活無目標，所引發的自我傷害行為有關。
- 二、無望感/與反覆住院，負面生活經驗解讀，對未來失望有關。

### 護理計畫

依據有上述評估結果的兩項護理問題，結合 Watson 關懷理論於護理計畫中：

#### 一、潛在危險性自殺 / 憂鬱情緒、對生活無目標、自我傷害行為(2013年10月17日-11月4日)

主客觀資料	<p>S：10/17表示「沒有人關心我，乾脆死一死以免拖累小孩。」</p> <p>S：10/18表示「我生這種病已經好不了，還是就喝農藥自殺算了，這樣就能解脫了。」</p> <p>S：10/23表示「小孩都在忙自己的事，我的心情再不好，也只能忍下來。」</p> <p>S：10/28表示「我有跟小媳婦提過煩惱自己的病好不了，她總是回應我不要胡思亂想，睡個覺就好了。」</p> <p>O：10/17測量簡式健康量表(BSRS-5)分數為16分，自殺意念題項為4分。</p> <p>O：10/25個案表情愁苦，平時沒有想下床的動力。</p> <p>O：10/30 邀請參與肌肉放鬆團體，個案因預期自己無法放鬆會辜負治療師的美意而拒絕。</p>
護理目標	<p>短程：於10/25前能夠主動表達感受。</p> <p>中程：於11/1前能夠主動表達對活下去的理由。</p> <p>長程：個案於住院期間無自我傷害之行為發生。</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.評估個案情緒變化是否影響食慾及睡眠，觀察三餐進食量，追蹤每週體重變化；記錄睡眠時數與中斷次數，了解個案主觀夜眠品質(協助滿足人類的需求)</li> <li>2.10/17啟動密切觀察紀錄單，每15分鐘留意個案動態，並與醫療團隊討論，安排在靠近護理站的健保房，每次服藥時確認個案已吞下，預防個案藏藥；於巡房時主動關心個案之言行表現；每日執行病房安檢，活動結束後再執行一次，確認身上及房間內無危險物品。(提供支持性、保護性及矯正性的心理、生理、社會文化及靈性的環境；發展助人一信賴的人際關係)</li> <li>3.每日引導個案表達自殺想法及動機，並評估其自殺強度，給予接納，並與醫療團隊討論，凝聚自殺危險性之防範共識；運用週三上午個案未參與肌肉放鬆團體時段，安排15-20分鐘個別的支持性會談，引導個案表達內心感受，給予陪伴、傾聽同理。(增進並接受正負向感受的表達)</li> <li>4.鼓勵每週二參與生活討論會，引導團體成員邀請個案分享自己種菜的經驗，在團體成員的讚賞與肯定下，讓個案經驗到與以往不同的感受，重新看待自己為有價值的人。(增進人際間的教與學)</li> <li>5.持續評估個案情緒變化，適時阻斷負向思考，並教導適當的因應技巧，採正向方式宣洩情緒，如大哭、捶枕頭，提升自我價值。(有系統的使用科學性的問題解決方法來做決定)</li> <li>6.鼓勵個案察覺自己情緒狀態，若出現想傷害自己之想法時，主動尋求護理人員協助，同時護理人員藉由與個案之會談，適時釐清個案之問題，讓個案了解自己的心情轉變的原因，提升自我照顧能力。(培養對自己和他人的敏感)</li> <li>7.鼓勵個案表達與同住的小兒子家人(兒、媳、孫子女)之互動過程，適時引導個案察覺與小孩互動正向之處，也透過角色扮演，並嘗試重建溝通情境，讓個案有機會重新詮釋其負面的互動經驗。(增進人際間的教與學)</li> </ol>
評估	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.個案於10/24主動表示自己想要有人陪伴，獨自一人時總是覺得心情很悶</li> <li>2.10/31個案表示種植蔬菜水果是自己的興趣，還會與鄰居朋友一起分享，有時候他們會陪自己聊天，生活也是蠻快樂的。</li> <li>3.11/4測得個案簡式健康量表(BSRS-5)為8分，自殺意念題項0分。個案無自殺意念，可表達正向想法，可見笑容，住院期間未有自殺行為出現，經醫師評估後停止自殺防範之醫囑，但仍持續評估個案情緒變化，例如家屬探訪時間之互動情形。</li> </ol>

二、無望感/反覆住院，負面的生活經驗解讀，對未來失望(2013年10月17日-11月22日)

<p>主客觀資料</p>	<p>S：10/17表示：「我生這種病已經好不了，老了就不中用了。」                  S：10/18表示：「我年紀大了，又有糖尿病，活著有什麼意義？」                  S：10/20表示：「什麼事情都不想做，做也做不好，兒子女兒都不關心我。」                  S：11/10表示：「唉，好想回到以前全家歡樂的氣氛，圍一桌吃飯、聊東聊西的…」                  S：11/21表示：「我知道你們醫師護士都對我很好，只是回到家後，就沒這麼熱鬧了」                  O：10/25觀察個案於病室內多躺床，表情憂愁                  O：11/10觀個案言談中嘆氣存，感到無奈</p>
<p>護理目標</p>	<p>短程：11/1前個案能主動參與每天的活動及自我照顧。                  中程：11/15前個案對於疾病的治療有所了解。                  長程：於出院前個案能表達出有希望的言談，表情有笑容。</p>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.主動給予關心及問候，如：在早上8點交接班巡房時，關心個案是否進食早餐及完成盥洗，每隔15分鐘的巡房時間，適時提供協助，以建立信任感。(運用發展助人-信賴的關係，滿足人類需求)</li> <li>2.安排支持性會談，傾聽個案人生經歷，接納並同理其感受，讓個案感受到自己是有意義的(人性化及利他性的基本價值體系)；面對生活所產生之不確定感，強調成功經驗，從中給予肯定自己是做得到的，增加其自我信心。(發揮存在現象、靈性的力量；激發信心與希望)</li> <li>3.每天鼓勵個案參與職能活動，協助在團體中獲得成功經驗及病友的關懷與支持，其餘時間安排個案靜態活動，如：畫畫、玩壘壘樂，從活動參與中培養興趣，找回生活中的樂趣，並鼓勵個案分享感受，對於進步之處給予讚美。與職能治療師討論如何以獎狀模式增強個案自信心。(增進人際間的教學，激發信心與希望)</li> <li>4.鼓勵個案參加每週二上午10點生活討論會，使個案瞭解其他病友亦有與自己相同的症狀或問題，使個案感覺自己並不孤單，同時接受團員所給予的支持或鼓勵。(培養對自己及他人的敏銳度)</li> <li>5.了解個案對於生活所遭受到的挫折，引導個案能對問題做出最好的決定，進而付出行動。(促進並接受正負向感受表達，運用創造性問題解決法做決定)</li> <li>6.利用大媳婦之訪客時間，提供與老年憂鬱症之相關衛教諮詢，強調家人陪伴與認同是極為重要之保護因子，鼓勵大媳婦將資訊帶回與家庭成員討論。與大媳婦會談，了解個案生活興趣，並請家屬準備個案生活照作為會談媒介物。此外，於個案服藥時，提供用藥諮詢，說明憂鬱症的療癒過程中，擬定生活重心的重要性，予灌注希望。並讓個案了解疾病的反覆發作並非個人因素，與生活事件及壓力相關，減少其負面自我認同。並於出院後三天內追蹤個案之返家適應情形，並將電訪結果適時反應予家屬及主治醫師。(提供支持性、保護性及矯正性的心理、生理、社會文化及靈性的環境)</li> <li>7.會談過程引導從無希望的言語中找到希望，強化個案對於問題的處理能力，提升自信心。多用肯定字句與個案互動，明白指出其進步處及優點，減少其負向想法，以增強其自我價值感(例如：「當您遇到這樣的狀況時，您曾經為自己做過什麼？」「您怎麼辦到的？」。適時引導個案思索生命中的其他重要價值與意義，並鼓勵正向看待未來。(激發信心與希望)</li> <li>8.與醫療團隊討論安排家族會談，了解對個案之看法，並邀約家屬參與個案此次住院治療計畫，與家屬討論規劃如何增進親子互動，讓個案感受到家庭的溫暖，並提升自我認同。(有系統的使用科學性的問題解決方法來作決定)</li> </ol>
<p>評值</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.個案於10/24病房職能活動可主動參與。</li> <li>2.10/31個案了解規律服藥之重要性，並表示種植水果蔬菜，生活有重心，比較不會胡思亂想。住院期間由案大媳婦協助聯絡案大、小兒子於11/8來院討論個案疾病的照護，由主治醫師主持，說明老年憂鬱之疾病特性與照護技巧分享，以及自殺危機之徵兆，並鼓勵家屬多探視個案。</li> <li>3.在11/8家族會談後，於11/11小媳婦及孫女前來探視個案，個案表情較有笑容。</li> <li>4.個案於11/19表示自己會找尋喜歡的事情來做，多到外面活動，減少空閒的時間。</li> <li>5.個案於11/20對於職能活動的作品感到成就感，並與護理人員分享，可見笑容。</li> <li>6.個案於11/22表示這次孫女有送自己她畫的圖「我的家」，看到自己與兒女手牽手在圖畫的中間，有感受到自己是家中的一份子，很欣慰。</li> </ol>

## 討論與結論

本文是運用 Watson 關懷理論於一位因自殺危機入住精神科急性病房之老年憂鬱症女性患者之照護經驗。在筆者此次的照護經驗中，自殺危機與無望感是住院期間主要的護理問題，而這兩項問題的背後都與個案對人生負面的自我認同，與對未來生活的悲觀態度有關，導致在經歷中國傳統闔家團圓的節慶時（中秋節），更加重其失落經驗，突顯自殺危機。此外，筆者也發現家屬的照護方式，與個案的情緒轉折息息相關，故如何增進家屬對老年憂鬱的病識感，與對自殺徵兆之敏感度，亦是此次個案因反覆自殺企圖而入住急性病房之重要出院準備工作之一。

孫等(2007)以因強烈自殺意念而住院的病人為研究對象，了解其在住院期間被照顧的主觀經驗，結果發現，具有強烈自殺意念的病人在住院過程中，因被保護與被關懷，例如陪伴、傾聽、鼓勵等，大部分病人會有重獲對生命的渴望。筆者於此次照護經驗中，感受到之困難即是住院初期面臨個案以身體症狀處理為導向，無法配合醫療，以命令式口吻回應護理人員之關心，拒絕參與病室活動，只想透過藥物緩解身體不適，觀察個案整天躺床嘆氣，故筆者投入較多的耐心與陪伴，使個案感受到被接納及關心，見個案逐漸恢復活力，想法也較正向，燃起對生命的希望。筆者在 11/25 電話關懷出院適應情形，個案表示心情平穩、睡眠品質良好、有按時服用藥物及持續在家種菜。

Watson 關懷理論之十大關懷因素已廣為護理臨床應用，精神科護理人員更需要具有關懷的特質與行為。建議初入精神科護理領域的同仁，能運用 Watson 關懷理論於臨床照護，協助護理人員本身渡過與個案關係建立初期之試探與懷疑，讓憂鬱症患者能得到更人性化與支持性的照顧。

## 參考資料

- 古永利(2014)·桃竹苗地區高齡者憂鬱症狀相關因素之調查·*臺灣老年醫學暨老年學雜誌*，9(4)，169-183。
- 行政院內政部(2015，1月)·*內政部統計年報*·取自[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=9148](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=9148)
- 戎瑾如(2012)·*老年精神衛生護理*·於蕭淑貞總校閱，*精神科護理概論-基本概念及臨床運用*(八版，586-607頁)·臺北市：華杏。
- 何金針(2011)·老年人自殺成因與防治之探討·*諮商與輔導*，312，49-54。
- 李明濱(2012)·*以醫院為基礎之自殺防治*·臺北：臺灣自殺防治協會暨全國自殺防治中心。
- 杜友蘭(2008)·*護理理論與實務應用*(三版，173-180頁)·臺北：華杏。
- 林惠文、楊博仁、楊宜瑱、陳俊傑、陳宣志、顏啓華...李孟智(2010)·臺灣地區老年人憂鬱之預測因子探討—十年追蹤結果分析·*臺灣老年醫學暨老年學雜誌*，5(4)，257-265。
- 孫凡軻、曹麗英、黃惠滿、林秀玲、郭雅玲、李昱(2007)·自殺病人接受精神醫療照護的住院經驗·*長庚護理*，18(2)，156-168。
- 陳碧霞、林世光、洪翠妹(2004)·自殺防範與約束作業指引·*北市醫學雜誌*，1(4)，113-117。



謝美芬、顏兆熊(2010)·老人之憂鬱症·當代醫學, 436, 169-175。

盧秀鳳、陳菁菁、黃靜鳳(2012)·運用Watson 關懷理論於一位重鬱症患者之照護經驗·高雄護理雜誌, 29(1), 69-79。

顏尚玉、張學進、李秀如(2012)·運用關懷理論照護一位重鬱症合併精神症狀個案之護理經驗·榮總護理, 29(2), 118-123。doi: 10.6142/vghn.29.2.118

蘇清菁、陳玉敏(2009)·無望感之概念分析·長庚護理, 20(4), 456-462。

Dunner, D. L. (2013). Treatment-resistant depression. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 27(2), 110-120.

WHO(2015). *Depression*. Retrieved 10.27.2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

靜  
思  
語

多行好事，才能開闊心靈的天地。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Nurture the habit of giving  
and our world will become vast.

~ Master Cheng Yen ~



# A Nursing Experience of Applying Watson's Caring Theory to an Elderly Depression Patient with Suicide Attempt

I-Hsuan Lai, Gwo-Cheng Chiang\*, Shiou-Fang Lu\*\*

## ABSTRACT

This paper described a nursing experience of a geriatric patient who, after a loss of spouse and children leaving home, exhibited depression, negative thinking and attempted suicide. The nursing period was from Oct. 17<sup>th</sup> to Nov. 22<sup>nd</sup>, 2013. When the patient was admitted to hospital, we assessed the patient's suicide risk by using the Brief Symptom Rating Scale and collected data through holistic nursing assessment. The following health problems were identified: risk for suicide and hopelessness. During the nursing process, we applied Watson's caring theory to assist the patient to overcome stress and problems in life, combat hopelessness, and eliminate suicidal ideation, thereby enhancing adaptation to life and improving depressed mood. In addition, we provided post-discharge follow-up care to ensure that the patient could lead a regular life, maintain mood stability, and comply with scheduled visits. The results showed that the application of Watson's caring theory in clinical practice has beneficial effects not only on the establishment of therapeutic relationships, but also on the collaboration with the patient to find hope in life. We therefore would like to share this nursing experience with clinical nurses as a reference when nursing future patients with similar circumstances. (*Tzu Chi Nursing Journal*, 2016; 15:4, 96-105)

Keywords: geriatric depression, Watson's caring theory

---

RN, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation and Master Student of Graduate Institute of Nursing, Tzu Chi University; Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation and Master Student of Graduate Institute of Nursing, Tzu Chi University\*; Assistant professor, Department of Nursing, Tzu Chi University\*\*

Accepted: December 23, 2016

Address correspondence to: Shiou-Fang Lu 701 Section 3 Chung Yang Road, Hualien, 97004 Taiwan, R.O.C.

Tel: 886-3-856-1825 #2224; E-mail: sflu@mail.tcu.edu.tw