

照護一位躁鬱症且有強烈自殺企圖病人之護理經驗

洪玉恩 陳靜芳* 陳昱芬**

中文摘要

本篇是描述一位躁鬱症的女性病人，於住院期間有自殺未遂的照護經驗。照護期間為2014年7月2日~2014年8月15日，藉由實際觀察、會談、病歷回溯及整體性護理評估收集資料，歸納出個案主要健康問題：現存危險性暴力行為：自我傷害、社會互動障礙、個人因應能力失調、身體心像改變，透過與個案建立治療性人際關係，利用情緒評估量表教導個案自我覺察情緒變化，運用復原力不斷協助個案覺察、發揮自身的能力及可運用的資源，喚起其潛在的能量，恢復其能維持家庭生活功能及社會人際互動的自信，並協助住院期間未再有傷害發生。期望能分享從正向、資源的角度出發，協助個案覺察本身已存在的復原力、強化正向發展，避免病人反覆自殺之護理經驗。(志為護理, 2016; 15:3, 102-112)

關鍵詞：復原力、自殺、躁鬱症

前言

躁鬱症是一種慢性且容易復發的疾病，通常初發於青少年後期及成年早期，在臺灣盛行率為千分之3~5左右(張, 2014)，若未妥善治療，其自殺風險是一般人口20~30倍高(Pompili et al., 2013)。自殺成功及自殺企圖是照護躁

鬱症患者重要的議題(Maurizio, Zoltan, Marco, David, Paolo, & Roberto, 2009)，其中有25%~50%的人在其一生中至少有一次的自殺企圖，8%~19%的人自殺成功(Klara, Dana, & Jan, 2014)。

此位個案一住院即有防自殺危急，但住院第三天仍發生自殺行為的病安事件，筆者身為個案全責護理師，內心產

臺中榮民總醫院精神病房護理師 臺中榮民總醫院精神病房護理長* 臺中榮民總醫院精神病房副護理長**

接受刊載：2015年11月22日

通訊作者地址：陳昱芬 台中市西屯區臺灣大道四段1650號

電話：886-920-669632 電子信箱：yfchen@vghtc.gov.tw

生很大的衝擊並感到害怕，因為第一次遇到住院病人如此激烈的自殺行為，也擔心個案自殺企圖強烈導致自殺成功，在照護過程中，個案對筆者有被害妄想，使筆者感到挫折與無奈，曾有想要放棄照護個案的念頭，但經由不斷與醫療團隊共同討論及資深學姊的正向回饋，提供筆者正向能量，為病人安全也為克服筆者內心害怕，引發筆者動機，透過學習復原力理論，運用病人照護也提供筆者學習經驗，持續以同理心關懷及支持，利用情緒評估量表教導個案自我覺察，增強個案危機處理能力、提升復原力，恢復其能維持家庭生活功能及社會人際互動的自信，協助個案住院期間未再有傷害發生。

文獻查證

一、躁鬱症

依照精神疾病診斷第五版準則手冊，躁鬱症又名雙相情緒障礙症(bipolar disorder)，週期性出現躁期與鬱期兩種交替的情感性精神疾患，指病人情緒困擾並持續情緒高昂、易怒的時期持續至少一週；在兩週持續出現以下至少五種症狀：憂抑鬱情緒、失去興趣、失眠、疲倦、反覆提到死亡(American Psychiatric Association, 2014)，其臨床表徵於躁期時為情緒高昂、話量多、活動量增加、計畫多、睡眠需求量減少、衝動控制力差併有暴力等(吳、楊、周，2010)；於鬱期時會出現情緒低落、興趣減少、食慾降低、失眠、易怒、焦慮、低自尊、反覆提到死亡或自殺、甚至計畫自殺而自殺成功(Maurizio et al., 2009)。

躁鬱症於鬱期照護重點，了解個案對疾病與治療的看法，維持適當營養、睡眠、休息活動及日常生活照顧(吳等，2010)；以同理、包容的態度與病人、家屬建立良好治療性關係；評估自殺意念、自殺危險因子，建立自殺防治措施及轉介可利用資源著力於情緒管理及人際互動、學習因應技巧(張，2014)；避免疾病復發為目標，強化病人與家屬對疾病復發徵兆的辨識能力。

二、復原力理論

最早關於復原力的研究始於1950年代，當初研究重點在探討壓力情境對個人可能產生不利的影響。然而陸續有研究發現，壓力情境的負面影響非普遍存在，學者們企圖瞭解為何在同樣的危險情境中，有些個體產生適應不良的情況，而有些個體卻能抵抗這些壓力事件(Garmezy, 1993; Jacelon, 1997)。Howard(1996)認為復原力是指個體能禁得起困境及在困境中能適當調適的能力。國內學者認為復原力是一種個人先天具有或學習到的特質或能力，這些特質或能力使個體在面臨危機或壓力情境時，仍可保持良好的功能與自我調整，並發展出健康的因應行為(黃、陳、鄭、宋，2014)。因此，復原力是指個體遭逢困境時，能覺察存在於自身的正向資源，並能展現彈性、復原的過程，同時能發展希望、樂觀等正向情緒，重新獲得健康。

綜合學者對復原力的治療歷程及運用歸納如下：(1)確認逆境經驗，幫助個案喚醒對於挫折之衝擊，重新訴說自己失

落的故事；(2)引導正向覺察，透過個案自己的陳述，覺察所處的逆境及優勢，反覆引導個案看到自己的優點，啟發個案連結自身的能力及希望改變的樣子；(3)強化內在動機，協助個案尋找自己的內外資源，教導有效因應策略，以同理態度使個案願意接受建議且產生有效的行為動機；(4)提供鼓勵及正向回饋，傳達對個案真誠的讚賞，締造生命意義與價值。(Benard, 1991; Richardson, 2002)

三、自殺評估及護理

只有自殺想法及念頭但未付諸行動稱為自殺意念，而付出自殺行動未造成死亡時，稱為自殺企圖(張，2009)。自殺危險因子包含：家族自殺史、經濟壓力、生活滿意度、精神症狀、心理壓力、不良的工作經驗及季節因素(韓、徐，2013)。對於反覆出現自殺行為的病人，除了積極的藥物治療外，臨床醫療人員要有專業的辨識自殺危險因子及評估潛藏自殺危機的技能，並在臨床照護上依照自殺嚴重程度區分四級，第一級：無言語行為上表露可能自殺的想法；第二級：有自殺的想法，但採取行動的危險性小；第三級：有自殺的想法，經評估後臨床症狀顯示採取自殺行為的危險性高；第四級：有自殺的想法或自殺的妄想，評估後顯示其意向清楚，會根據計畫或妄想行事(梁、葉，2013)，並提早啟動自殺防範措施及心理社會支持，提供有效可利用的轉介資源(韓、徐，2013；Klara et al., 2014; Maurizio et al., 2009)。適當出院準備、電話追蹤關懷，落實醫療人員及家人發揮

「珍愛生命守門人的精神，一問二應三轉介」，主動發現、回應及轉介高危險自殺病人，將有助於降低自殺行為發生的可能性(吳，2014)。

個案簡介

基本資料

李小姐為39歲已婚女性，教育程度為大學，與案夫結婚10多年，經濟來源為先生，育有2名子女，為國中一年級、小學四年級。此次為第二次住本院精神科病房，診斷為躁鬱症-鬱期發作，護理期間自2014年7月2日至8月15日。

過去病史

2013年10月診斷為躁鬱症，同年12月因破壞與攻擊行為住院治療。2014年4月~6月之間，兩次住院治療多次出現自傷行為。

此次住院經過

於6/26自某區域醫院出院後第4天，出現強烈自殺意念，至本院急診求治，經醫師評估後建議住院治療。

家庭評估

因認為母親重男輕女故與母親關係較疏離，與父親感情緊密，6年前父親因心肌梗塞死亡，開始出現情緒低落。與兩個哥哥平時很少往來、關係平淡，離開台北後更少聯繫。個案與先生結婚10多年，經濟來源為先生，育有2個女兒，為國中一年級以及小學四年級，102年生病前可以勝任家庭主婦，照顧小孩、打理家裡。

整體性護理評估

生理層面

1.一般身體外觀

外觀乾淨無異味，頭髮未梳理、眼神渙散、表情淡漠，7/2身高160.5cm、體重52kg，BMI：20.2kg/m²，今年4月開始，因為心情低落、食慾減退，3個月內體重減輕5kg(57kg降至52kg)。7/26體重62.6kg（較剛住院上升10.6kg，BMI:24.3kg/m²），個案自覺太胖，在意肥胖身材，有營養不均衡：身體多於需要/與體重增加相關的健康問題。

2.營養

烏黑長髮，皮膚、指甲、鞏膜顏色正常，7/2至7/15進食量少，每餐進食不到1/3盤餐量，多於房間內用餐，先生會準備個案喜歡吃的食物(火龍果、木瓜、吐司、麵包等食物)。7/15至7/28表示口欲增加，容易肚子餓，餐與餐之間會吃點心。

3.睡眠

入院前表示失眠，平均睡眠4小時，7/2至7/9平均夜眠時數為4.5至6.5小時，7/10至7/22白天多躺床、精神顯倦怠、打哈欠，無精打采，自述“好累喔！還是很想睡覺”，白天睡眠時數平均3至5.5小時，夜晚服用安眠藥物，平均夜間睡眠時數8至9.5小時。

4.排泄

於家中會喝健康營養餐、五穀粉，表示在家都有規律的排便習慣，但剛住院時3天才解便，必要時會使用甘油球灌腸，住院期間有杜化液使用，經飲食指導及排便衛教，於7/28後可恢復原有排便習慣。

5.活動及自我照顧

入院時日常生活照顧皆可自理，7/4因自殺行為致右手骨折行external fixation for fracture, upper limb，目前右手骨外固定器固定，沐浴、穿著、進食需他人部分協助，修飾、如廁尚可自理。自述對任何事情都沒有興趣，什麼都不想做，拒絕參與病房活動，大多時間獨處、躺床，少與他人互動，活動範圍為房間至廁所。

6.身體健康狀況

生命徵象穩定，心跳稍快，心電圖以及胸部X光正常。7/4因自殺行為致右手骨折行external fixation for fracture, upper limb，目前右手骨外固定器固定，鋼釘入針處周圍皮膚微紅、些許滲液，每天換藥一次，經術後傷口衛教指導住院期間無發生感染。

心理層面

病人表示父親於六年前過世後情緒開始低落，自述父親死亡是最大的傷痛，多次有自殺念頭是想去找父親。案夫表示個案性格多疑、脾氣暴躁、佔有慾強、好勝，無法接受批評，常認為親戚朋友講她壞話，對案夫身邊的女性爭風吃醋，多次割腕並以死相脅。

智能層面

曾對工作人員有被害妄想，認為工作人員忌妒其與案夫感情好，而有謾罵行為。入院時對疾病及服藥無病識感，於住院期間有拒藥情形，經疾病及藥物指導，對於服藥遵從性有改善。

社會層面

高中就讀家政科，與同儕相處良好，畢業後於服裝貿易公司擔任職員，常因擔心延遲交貨而感到壓力，因先生工作關係需至台中定居。7/16個案表示在台中無親人朋友，平時無訴說對象，只有在家照顧小孩，自覺獨自照顧小孩壓力大。

靈性層面

信奉佛教，但認為信仰對自己無幫助，人生無意義、價值感低，時常表達自己沒用、久病不癒，有自殺念頭、自殺計畫，期望早日解脫減少先生的累贅。

確立護理問題

透過整體性護理評估的結果，確立個案護理問題有：現存危險性暴力行為：自我傷害、個人因應能力失調、社會互動障礙、身體心像改變，礙於篇幅限制，疼痛、潛在危險性感染、潛在危險性創傷：跌倒、知識缺失，經衛教指導有改善，故未呈現。

護理計畫

護理問題一：現存性暴力行為/與自我傷害、低自尊、憂鬱情緒相關。(2014年7月2日~8月15日)

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
<p>7/2 S：我不想吃一輩子的藥，不想這樣過日子，很想死。</p> <p>7/3 S：我吃不下，我想出院，我想要出去自殺，這樣才不會給家裡帶來累贅。</p> <p>7/4能說出無奈、無助的感受，自覺沒有用處。個案：「不想活，覺得一無是處，孤立無援，什麼都不想做。」</p> <p>7/4點頭回應不會有自殺行為。</p> <p>7/4、7/9、7/12日皆有作勢站高於床上要往後倒的行為，制止後有大哭的情形。</p>	<p>7/15能以合宜方式宣洩情緒(哭泣、搥枕頭)。</p>	<p>(一)確認逆境經驗</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立信任關係滿足生理需求。 2.採陪伴、傾聽，瞭解並鼓勵個案訴說面對逆境、痛苦經驗，重新喚起個案對挫折之衝擊，引導看出不合宜的壓力因應(選擇自傷、自殺)。 3.提供關懷及支持，同理其無奈、失落、無助感受，共同陪伴與承擔個案的痛苦與掙扎。 4.每週三評估自殺危險等級，了解自殺危急嚴重度。 <p>(二)引導正向覺察</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.引導以合宜方式宣洩情緒(哭泣、搥枕頭)。鼓勵使用不傷害自己的方式解決問題。 2.7/4教導有效因應策略，與其口頭約定住院期間不出現自殺行為；並在有自殺想法浮現時，立即尋求工作人員協助，教導call help的能力。 3.7/4教導辨識自殺危險因子(過去自殺行為、生活壓力、絕望感、自殺意念)，並與先生討論個案屬高自殺危險群，須有人隨時陪伴在旁的重要性，故7/5~8/15安排24小時病房員陪伴。 	<p>7/12要求出院，生氣威脅自殺，引導後以大哭及搥枕頭的方式發洩情緒。</p> <p>7/16情緒趨於穩定，自殺意念削弱，個案：「目前大概4分了吧！之前10分(自殺想法0分是無，10分是強烈)」</p> <p>7/16 suicide precaution-I (A)，可降為II (B)。</p> <p>7/20使用電話卡劃手腕，無破皮。</p> <p>7/24個案：「現在心情很平靜，有90%可以自己控制自傷行為。」</p> <p>7/26先生能了解持續關懷個案及適當回應對個案幫助的重要性。</p>

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值																		
<p>7/5 S：我一直在想解脫的方法，我也想吞藥，閉上眼睛就看到吊橋很想跳下去。</p> <p>7/7 S：我還是想去做，我很沒用，我想要結束。</p> <p>7/12 S：你不幫我辦出院，我就再自殺給妳看。</p> <p>7/24 S：我現在不會有自殺的想法，試了很多都沒成功，可能是因為我還有任務沒有完成吧。</p> <p>7/2-7/11 O：精神倦怠，表情愁苦，情緒低落，言談負向。</p> <table border="1" data-bbox="164 911 364 989"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>嚴重度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7/2-7/6</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>7/7-7/13</td> <td>IV</td> </tr> </tbody> </table> <p>7/12 O：情緒激動，大聲哭喊，用頭不停撞床欄，用手腳不停踹打床欄。</p> <p>7/20 O：不斷要求出院，頻打電話給先生，並用電話卡作勢割左手腕。</p>	日期	嚴重度	7/2-7/6	IV	7/7-7/13	IV	<p>7/30若有自殺想法出現時，可立即尋求協助。</p> <p>8/15於住院期間未再有傷害發生。</p>	<p>4.7/4至7/15持續依醫囑防範suicide precaution-I(A)，每三班評估自殺想法、自殺意念及自殺計畫，每15分鐘定時查房加強探視，三班接班時予安全檢查(移除危險物品:尖銳物品、繩索、吊環、腰帶、玻璃類物品、電話卡)，提供非威脅的安全環境。</p> <p>5.7/16至7/28持續依醫囑防範suicide precaution-II (B)，與(A)級差別之處為每天安全檢查一次。</p> <p>(三)強化內在動機</p> <p>1.7/16協助尋找自己的內外資源，不斷反覆看出所擁有的資源、優點(家人支持、醫療團隊協助、努力當好母親及太太的角色)，瞭解自己的能力重新鼓起個案的希望和夢想。</p> <p>2.7/26教導案夫自殺防治守門人「1問2應3轉介」的技巧，主動關懷、適當回應、尋求適當資源協助及轉介。</p> <p>(四)提供正向回饋</p> <p>1.7/28引導從不同的角度看自己的或問題，建立在困境中正向意義，傳達對其真誠的讚賞。</p> <p>註1 suicide precaution-I(A): 自殺防範-病人有高度自殺企圖與自殺計畫</p> <p>註2 suicide precaution-II (B): 自殺防範-病人有自殺意念</p>	<p>7/28個案：「如果心情不好，或者像之前一樣閉眼睛就看到跳橋的畫面我會趕快找護士說，如果我回家了，我會打電話給先生，或者提前回醫院。」</p> <p>8/15於住院期間未再有傷害發生。</p> <p>8/16、9/19、10/16電話追蹤出院狀況良好，表示隨時在家有問題時會主動打電話與先生連繫，與先生互動良好。</p> <table border="1" data-bbox="978 735 1220 970"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>嚴重度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7/14-7/20</td> <td>III</td> </tr> <tr> <td>7/21-7/27</td> <td>III</td> </tr> <tr> <td>7/28-8/3</td> <td>III</td> </tr> <tr> <td>8/4-8/10</td> <td>II</td> </tr> <tr> <td>8/11-8/15</td> <td>I</td> </tr> </tbody> </table>	日期	嚴重度	7/14-7/20	III	7/21-7/27	III	7/28-8/3	III	8/4-8/10	II	8/11-8/15	I
日期	嚴重度																				
7/2-7/6	IV																				
7/7-7/13	IV																				
日期	嚴重度																				
7/14-7/20	III																				
7/21-7/27	III																				
7/28-8/3	III																				
8/4-8/10	II																				
8/11-8/15	I																				

護理問題二：社交互動障礙，與人際關係疏離、疾病相關。(2014年7月2日~8月15日)

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值
<p>7/4 S：我不想出去，我在房間吃就好。</p> <p>7/8 S：午餐我在房間吃就好。</p> <p>7/13 S：我想住健保房，我不想住這裡（治療室2），怕別人覺得我是特殊的人。</p> <p>7/23 S：O怡（病友）她有跟我分享她的經驗，覺得很好。</p> <p>7/31 S：想去日間看看。</p> <p>8/7 S：昨天去日間很喜歡，看別人在種菜、收菜還有煮菜，我喜歡煮菜，我出院之後願意去日間，不然待在家裡也很無聊。</p> <p>7/2-7/10 O：表情平淡、少與病友互動、多獨處於病房，對於病室活動乏興趣。</p> <p>7/20-8/10 O：表情自然、有笑容，與少數病友互動，能主動參與病房活動。</p>	<p>7/16個案引導下能參加病房團體活。</p> <p>7/27個案能夠主動與他人互動。</p> <p>8/10個案能夠主動參與病房團體活動並分享經驗。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.以真誠態度面對、陪伴，建立治療性人際關係。傾聽描述，不批判對錯，適時同理感受。 2.先以一對一的方式與其互動，7/13開始鼓勵並引導參與病房團體活動（跳操、大廳看電視、用餐、卡拉ok），但尊重其意願不勉強。 3.7/23主動關懷並介紹病友認識，以增加自我價值感。 4.教導與他人互動之方法，當有適當表現時(主動幫助病友、主動與病友互動)，給予正向鼓勵、口頭讚美。 5.7/30引導了解轉介本院日間病房復健治療之必要性，提供出院安排計畫，增加其恢復社會功能。 6.觀察語言及非語言之互動方式，採漸進式方式製造有利社會互動的機會，如：下床活動、與病友共同吃飯、主動與病友聊天等，持續關懷及鼓勵，增加其後續職能復健及持續度。 8.每次會談引導自我了解，鼓勵對自己有正向的認識，發掘優點建立信心。 9.鼓勵多參與團體活動以利人際關係發展。 10.電話追蹤出院狀況，針對本身問題適時提供建議。 	<p>7/15引導下能夠至大廳與病友用餐，個案：「我先生帶晚餐來，叫我去客廳吃。」</p> <p>7/16引導下被動參加病房團體活動，例如健康操。個案：「吃很飽，做做操。」</p> <p>7/25能夠主動與他人互動。個案：「這幾天我去找O怡(病友)聊很多，心情也有比較好，我覺得我進步很多，情緒比較穩定。」</p> <p>7/26可主動到大廳與病友聊天，看到病友及護理人員可主動微笑打招呼，能與病友一起唱卡拉OK。</p> <p>8/6-8日間病房適應，可於團體中分享經驗。</p> <p>8/16、9/19以及10/16電訪追蹤皆表示很少外出，大部分在家看電視，偶爾帶小孩出去踏青。</p>

護理問題三：個人復原力障礙，與適應不良及衝動控制不良相關。(2014年7月2日~8月15日)

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值																																														
<p>7/4能說出失落的感受，個案：「我心情都不好，覺得自己很沒用，在家裡什麼事都不會做。」</p> <p>7/6 S：整天都沒有動力，現在對任何事都不興趣。</p> <p>7/9自覺罹患憂鬱症不會好，個案：「如果我不會好怎麼辦？我沒有辦法像以前一樣了。我以前可以畫設計圖，服裝設計，可以顧小孩，幫小孩看功課。」</p> <p>7/9 S：你告訴我憂鬱症是什麼樣子？為什麼我看到有些憂鬱症的人可以很開心過日子。</p> <p>7/13 S：我沒有未來，一無是處，沒辦法帶小孩去玩。</p> <p>7/16 S：擔心不會好，覺得自己不是完整的媽媽。</p> <p>7/22 S：我現在好很多，我一直在笑，笑容變多。</p> <p>8/2 S：回家煮飯給家人吃，7-8分（0-10分自我滿意狀況，最佳10分），希望能回到跟以前一樣。</p> <p>7/9 O：情緒低落、愁苦、焦慮不安，頻打電話給先生，常表達自己回不去，已經無法勝任家庭主婦，照顧家庭，擔心疾病不會好。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>心情指數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>7/2</td><td>0</td></tr> <tr><td>7/3</td><td>2</td></tr> <tr><td>7/4</td><td>0</td></tr> <tr><td>7/5-6</td><td>1</td></tr> <tr><td>7/7-8</td><td>4</td></tr> <tr><td>7/9-10</td><td>0</td></tr> <tr><td>7/11-12</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	日期	心情指數	7/2	0	7/3	2	7/4	0	7/5-6	1	7/7-8	4	7/9-10	0	7/11-12	2	<p>7/16可以說出內心感受，並能辨識過去面對壓力時曾經成功的因應策略。</p> <p>7/23能減少負面的情緒或行為，並發現自己的優點。</p> <p>8/10能做促進健康的活動，亦能面對壓力困難時尋求支援。</p>	<p>(一)確認逆境經驗</p> <p>1.每日持續關懷、支持，建立信任關係。採陪伴、傾聽的態度，以開放式問句鼓勵表達想法並同理感受。</p> <p>(二)引導正向自我覺察</p> <p>1.7/9透過個案自己的陳述，瞭解自己所處的逆境，反覆引導看到自己的優點。</p> <p>2.7/9啟發連結自身的能力及希望改變的樣子，反覆引導看到自己的優點。</p> <p>(三)強化內在動機</p> <p>1.7/13重新鼓起希望和夢想，引導發現及陳述自己是有價值的人，找到自己復原力的特質。</p> <p>2.教導有效因應策略，已同理態度使其願意接受建議，面對壓力時能尋求資源、正向面對、與家人共同討論，並適時運用放鬆技巧，例如深呼吸、轉移注意力、按摩抒壓、聽音樂以紓解緊張、不安情緒。</p> <p>3.利用視覺量表0分最差10分最好評心情指數，幫助情緒自我覺察。</p> <p>(四)提供正向回饋</p> <p>1.7/12引導思考壓力來源並檢視過去處理壓力的經驗、方法，共同討論合宜的因應方式，協助克服困難、調整自我、面對未來。</p> <p>2.7/16引導回顧發病前身為母親的樣子，鼓勵說出自己病好的期待。</p> <p>3.7/19轉介社工，協助解決醫療費用及子女照顧問題，減少壓力源。</p> <p>4.7/23肯定家屬對病人的付出，強化先生及子女的陪伴，增加歸屬感，締造生命價值與意義。</p> <p>5.8/4開始討論並訂定出院工作計畫及日常生活安排，出院後會再電話追蹤，提供持續協助意願。</p> <p>6.8/11討論出院後應注意發病徵兆(如：睡不好、情緒不穩、自傷意念)，若症狀不穩時應立即求助旁人或到急診等求助，加強緊急求助能力。</p>	<p>7/13、7/16可說出壓力來源：擔心沒有未來、疾病無法復原、認為自己不是完整的媽媽。</p> <p>7/23能減少負面的情緒和行為，個案：「我好很多了，我想要好好照顧小孩，看到小孩開心的笑我也笑」。</p> <p>7/28個案：「心情不錯，可以感覺到快樂。」</p> <p>8/2外出適應治療，先生：「她情緒穩定，帶她去買衣服，很开心。」</p> <p>8/10能表達有壓力時，會主動尋求協助：「我出院之後如果遇到壓力我一定會去求救，會找醫師、打生命專線、運動或是找朋友聊天。」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>心情指數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>7/13-16</td><td>4</td></tr> <tr><td>7/17-19</td><td>2</td></tr> <tr><td>7/20</td><td>4</td></tr> <tr><td>7/21</td><td>0</td></tr> <tr><td>7/22</td><td>2</td></tr> <tr><td>7/23-26</td><td>4</td></tr> <tr><td>7/27-28</td><td>6</td></tr> <tr><td>7/29-31</td><td>8</td></tr> <tr><td>8/1-2</td><td>9</td></tr> <tr><td>8/3-8</td><td>6</td></tr> <tr><td>8/9-10</td><td>4</td></tr> <tr><td>8/11</td><td>6</td></tr> <tr><td>8/12-13</td><td>8</td></tr> <tr><td>8/14-15</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>	日期	心情指數	7/13-16	4	7/17-19	2	7/20	4	7/21	0	7/22	2	7/23-26	4	7/27-28	6	7/29-31	8	8/1-2	9	8/3-8	6	8/9-10	4	8/11	6	8/12-13	8	8/14-15	9
日期	心情指數																																																
7/2	0																																																
7/3	2																																																
7/4	0																																																
7/5-6	1																																																
7/7-8	4																																																
7/9-10	0																																																
7/11-12	2																																																
日期	心情指數																																																
7/13-16	4																																																
7/17-19	2																																																
7/20	4																																																
7/21	0																																																
7/22	2																																																
7/23-26	4																																																
7/27-28	6																																																
7/29-31	8																																																
8/1-2	9																																																
8/3-8	6																																																
8/9-10	4																																																
8/11	6																																																
8/12-13	8																																																
8/14-15	9																																																

護理問題四：營養不均衡：多於身體需要，與體重增加相關。(2014年7月26日~8月15日)

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評值
<p>7/26 S：今天量體重，我胖了10公斤，身材都變了。</p> <p>7/29 S：一直想吃東西，胖10公斤了，不知道怎麼辦，無法控制。</p> <p>8/3 S：妳看，我的肚子好圓，剛吃飽，不想動。</p> <p>7/26O：體重62.6 kg (較初住院上升10.6 kg, BMI:24.30)，外觀有雙下巴、肚子微凸。</p> <p>7/26-29 O：正餐與正餐之間會吃零食、油炸物等高熱量食物。</p>	<p>8/6能夠負起並參與自己體重管理的責任。</p> <p>8/15能滿意接受自己的體重。</p>	<p>1.引導表達體重增加外觀改變的感受。</p> <p>2.7/26計算BMI值，告知標準值：$18 \leq \text{BMI} \leq 24$。</p> <p>3.7/2每週六測量體重。每週若有下降體重則給予蓋5個章、每日可執行病房健康操可蓋1個章，集滿50個章給予獎品，促進個案體重自我管理。</p> <p>4.7/27教導少量多餐，選擇低熱量飲食，調整飲食順序，先吃蔬菜、肉類，最後吃白飯或澱粉類。</p> <p>5.7/29教導選擇低熱量食物代替高熱量飲食，避免攝取高熱量食物，例如：油炸類、餅乾、甜食、糕點、泡麵等。</p> <p>6.8/3-8/5鼓勵並引導參與活動(病房一天3次的健康操、飯後可於大廳散步)。</p> <p>7.8/5透過體重護照，引導監控自己的體重。</p>	<p>7/29能說出對體重變化感受：「好胖，以前的衣服都不能穿，變得醜，不喜歡這樣的自己。」</p> <p>7/29能說出高熱量食物的種類，並口頭回應會少吃。</p> <p>7/31-8/2可觀察能減少高熱量飲食的攝取，偶仍見有吃泡麵的情形。</p> <p>8/5能配合調整飲食、不吃零食，能主動運動參加病房健康操一天三次，增加活動量。</p> <p>8/6能負起體重管理之責任：「我要走一走，多運動，雖然還是很想吃，但我會控制。」</p> <p>8/9測量體重62.8公斤，體重上升幅度縮小0.2公斤。</p> <p>8/12個案：「雖然一直想吃東西，但我可以自己控制，我飲食有調整，體重也沒有再上升。」</p>

討論與結論

在照顧過程中，個案一入院即有防範自殺危急，但於住院第三天發生自殺未遂的病安事件，且個案曾對筆者有被害妄想，難以建立治療性關係，透過復原力的觀點，不斷反思筆者本身內在的復原力(同理心、耐心、堅毅)，像同儕或資深學姊抒發個案對筆者的不信任感受，藉由自我學習、調適也引導個案著步檢視自己，持續真誠關懷建立個案對筆者的信任感，鼓勵個案說出自己可利用的優勢(過去從業時的自信、扮演母親及妻子多重角色的能力、先生及子女的

支持)，從中發現個案的特質及優點，聚焦於個案的能力，引導建構自己可預想的未來，鼓勵個案為達成治療目標而採取行動，引導個案重拾生活中自我的力量，恢復健康。

照顧限制與困難，因個案對藥物遵從性低而反覆入院，因此住院期間加強服藥的遵從性及出院後轉介日間病房，但筆者尊重個案意願，經由三次電話追蹤，個案仍婉拒至日間病房適應治療，但居家尚能規律吃藥，無自殺想法。

護理建議針對躁鬱症病人於鬱期併有自殺意念，應立即啟動自殺防範措施，護理人員應培養高度的敏感度及警覺

性，覺察個案言行背後的意涵，透過復原力理論，協助個案尋找自己的內外資源，覺察自身潛在的能力，發揮可運用的資源，強化正向適應能力，增強改變和解決問題的能力，重建希望和締造生命意義與價值。

參考資料

- 吳孟玲、楊燦、周桂如 (2010) · 一位躁鬱症患者鬱期之護理經驗 · *台灣健康照顧研究學刊*，9，1-16。
- 吳佳儀 (2014) · 自殺篩檢工具之效果：掌握先機防治自殺，活化網絡挽救生命 · *自殺防治網通訊*，9(3)，4-7。
- 梁玉雯、葉明莉(2013) · 特殊事件護理 · 載於蕭淑貞(主編) · *精神科護理概論-基本概念及臨床應用*(647-686頁)，臺北市：華杏。
- 張佳鈴 (2009) · 自殺相關倫理議題 · *諮商與輔導*，278，41-44。
- 張榮珍 (2014) · 雙極性情感障礙疾患與自殺 · *自殺防治網通訊*，9(1)，3-5。
- 黃智玉、陳如容、鄭淦元、宋素卿 (2014) · 探討慢性精神病人之復原力及其相關因素 · *護理暨健康照護研究*，10(2)，154-163。
- 韓文蕙、徐玉珍 (2013) · 護理人員照護自殺患者之自學網站製作 · *健康管理學刊*，11(1)，1-14。
- American Psychiatric Association (2014) · *精神疾病診斷準則手冊*(台灣精神醫學會) · 新北市：合記圖書出版社。
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in family, school and community*. Sanfrancisco: Western Regional Center for Durg-Free School and Community.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Howard, D, E. (1996). Searching for resilience among African-American youth exposed to community violence: Theoretical issues. *Journal of Adolescent Health*, 18(4), 254-262
- Jacelon, C. S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Klara, L., Dana, K., & Jan, P. (2014). Suicide in bipolar disorder: A review. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 108-114.
- Maurizio, P., Zoltan, R., Marco, I., David, L., Paolo, G., & Roberto, T. (2009). Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert Reviews*, 9(1), 109-136. doi :10.1586/14737175.9.1.109
- Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., ... & Girardi, P. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: A systematic review of the literature. *Bipolar Disorder*, 15(5), 457-490. doi :10.1111/bdi.12087
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.

A Nursing Experience of a Bipolar Patient with Suicidal Tendency

Yu-En Hung, Ching-Fane Chen*, Yu-Fen Chen**

ABSTRACT

This article described a nursing experience of a female patient with bipolar disorder who had made a failed suicide attempt during hospitalization. The nursing duration lasted from July 2nd to August 15th, 2014. Information were collected by trained observations, conversations, medical records reviews, and comprehensive nursing assessments, the following main health issues were identified: existing dangerous violent and self-injurious behaviors, impairment in social reciprocity, ineffective individual coping, and body image changes. By building a therapeutic relationship with the patient, the author educate the patient to identify emotional changes through emotional assessment scale. And by using resilience, the author to assist the patient in identifying and utilizing her own strength and available resources to conjure her potential energy, which in turn sustained her function of family life, restored her confidence in social interactions, and prevented self-injurious behaviors from occurring during hospitalization. This sharing provided a nursing example that, by assisting the suicidal patient to identify her inherent resilience to enhance positive growth, the occurrence of further self-injurious behaviors were prevented. (Tzu Chi Nursing Journal, 2016; 15:3, 102-112)

Keywords: bipolar disorder, resilience, suicidey

RN, Psychiatric Ward, Taichung Veterans General Hospital, Head Nurse, Psychiatric Ward, Taichung Veterans General Hospital*, Assistant Head Nurse, Coronary Intensive Care Unit, Taichung Veterans General Hospital**

Accepted: November 22, 2016

Address correspondence to: Yu-Fen Chen 1650 Taiwan Boulevard Sect. 4, Taichung, Taiwan 40705

Tel: 886-920-669632; E-mail: yfchen@vghtc.gov.tw