照護一位老年憂鬱症患者服用 鈣離子阻斷劑自殺之護理經驗

鄒宗泰、林貴滿*

中文摘要

本文探討一位86歲患有老年憂鬱症個案,因下肢無力產生強烈無望感,故服用大量 鈣離子阻斷劑自殺之急診加護護理經驗。照護期間自2017年8月2日至8月7日,筆者運 用五大層面評估,藉由實際觀察、會談、傾聽、身體評估、查閱電子病歷等方式蒐集 資料,確認個案有心輸出量不足、無望感、無效性因應能力等健康問題。護理過程中 藉由解毒劑及昇壓劑維持生命徵象,病況穩定後運用傾聽、同理心,引導及鼓勵個案 說出自殺原因、想法與感受,並轉介心理諮詢、精神科、社工等團隊,協助個案克服 生活中的壓力事件,改善無望感、解除自殺危機。透過此照護經驗分享,期盼除了緊 急救護及生理處置外,能兼顧心理、靈性及社會之照護,讓護理更具完善。(志為護理 , 2020; 19:4, 102-112)

關鍵詞:老年憂鬱症、鈣離子阻斷劑、自殺企圖

前言

根據行政院內政部人口統計資料,至 2017年底,65歲以上老年人口約佔總人 口數的13.86%(內政部統計處,2018), 隨著年齡增加,身體功能日漸退化,許 多心理問題也接踵而至。憂鬱症是老人 常見的情緒問題,不僅會引起失能、影 響日常生活功能表現及生活品質,也 可能惡化慢性疾病的控制,增加醫療花

費,甚至增加併發症與死亡率,研究 指出老年人一旦罹患憂鬱症,自殺身亡 比例高達15%(廖、李、龍、張、吳, 2015; WHO, 2017)。65歲以上自殺死 亡率近年來一直高居各年齡層之冠,每 十萬人高達31.3人,其中又以老年男性 具有更高的死亡風險,且有高達八成自 殺老人有精神方面疾病,憂鬱症更是預 測老人自殺不可忽視的危險因子之一 (鄭、黃、李、廖,2016)。本文個案為

臺北榮民總醫院護理師、弘光科技大學護理系助理教授* 接受刊載: 2019 年 10 月 4 日

通訊作者地址:林貴滿 43302 臺中市沙鹿區臺灣大道六段1018號 電話: 886-4-26318652 #3068 電子信箱: gmlin@hk.edu.tw

老年憂鬱症患者,隨著老化,身體活動 功能退化,加上慢性疾病造成生理上的 不適,經常需家人協助故產生強烈無望 感進而導致憂鬱症復發,服用大量鈣離 子阻斷劑企圖自殺,國內鮮少針對老年 憂鬱症自殺照護及鈣離子阻斷劑中毒個 案相關探討,故引發筆者動機,藉此個 案報告提供護理照護參考並正視老年人 自殺議題。

文獻香證

一、自殺危機與老年憂鬱症治療與 護理

統計報告指出老年人自殺率約為一般 人的兩倍(臺灣自殺防治中心,2017), 而憂鬱症是老人自殺(suicide)的首要 危險因子之一。故辨識老年人自殺風 險,為自殺防治首要任務,可早期運 用老人憂鬱量表(geriatric depression scale, GDS)快速評估老人憂鬱狀況, 1~5分為適應良好;6~10分屬中度情 緒困擾,建議與家人、朋友談心或尋 求諮詢專線,抒發情緒;11分以上 屬重度情緒困擾,需注意是否有高自 殺風險,建議轉介精神專科醫師診療 (張、樓、譚、吳、吳, 2013; Gana, Bailly, Broc, Cazauvieilh, & Boudouda, 2017; Lee, Seol, & Kim., 2018)。針對 老年憂鬱症的治療,在非藥物治療方 面,可施予認知行為治療(cognitive behavioral therapy)、人際取向心理治療 (interpersonal psychotherapy)和問題解決 治療(problem-solving therapy);另外藉 由團體治療獲得支持、分享經驗達到舒 緩憂鬱症狀的效果,甚至簡單的教導日

常活動安排(activity scheduling)和行為 活化(behavioral activation)策略運動也 對於憂鬱症狀有幫助,可作為輔助治療 或輕、中度憂鬱症的治療選擇(鄭等, 2016;劉、楊,2017)。

二、鈣離子阻斷劑中毒治療與照護

鈣離子阻斷劑(calcium channel blockers)是臨床上廣泛使用於老年常見 慢性病之高血壓、心絞痛、心律不整 及肥厚性心肌病變,甚至偏頭痛的預 防用藥。當鈣離子阻斷劑過量會產生 急性腎衰竭、代謝性酸中毒、急性肺 水腫、吸入性肺炎、横紋肌溶解症、 心肌缺氧、肝功能異常以及腦缺氧等 相關併發症,藥物過量造成中毒死亡 率約為6%(陳、廖, 2017; St-Onge et al., 2014)。其治療方式除胃腸道灌洗 外,大多需仰賴高濃度的血管收縮劑 以及昇壓劑(vasopressor and inotropic agent)維持生命徵象穩定;此外如補充 鈣離子(calcium supplement)、高劑量 胰島素(high dose insulin)、脂質乳劑治 療(lipid-emulsion therapy)甚至葉克膜 (extra-corporeal membrane oxygenation, ECMO)等都是建議的治療方式(Maskell, Ferguson, Bain, & Wills, 2017; St-Onge et al., 2017)。針對治療方式在急性期需 每小時監測生命徵象及血氧變化;密切 觀察意識、呼吸型態、心電圖、週邊脈 搏、皮膚顏色及溫度和血糖變化,注意 攝入輸出量是否平衡,並監測動脈氣體 分析、鉀離子、鈣離子、腎功能、昇壓 劑及鈣鹽藥物使用後成效;護理措施則 需採集中護理,多臥床休息以降低心肌 耗氧量;依醫囑進行胃腸灌洗、靜脈輸

液補充循環容量及注射昇壓劑、胰島素 及鈣鹽並監測是否出現電解質失衡情 形, 並依醫囑給氧增加心肌供氧(吳, 2017; 陳、高,2009)。

三、無望咸與護理

無望感(hopelessness)是個體主觀認 知與情緒狀態,讓人感受沒有未來;希 望破滅的感覺;遭受無法解決困境的狀 態或失去達成目標的控制力、勇氣、動 機、生存慾望與信心,長期無望感易導 致情緒低落、低自尊、憂鬱及無助情形 (梁、柯、鄭、林,2017)。照顧此類個 案在環境方面須避免額外刺激,注意個 人隱私,讓個案有表達自我和宣洩情緒 的空間;在護病關係建立方面,應以真 誠的態度照護個案,傾聽其需求,協助 個案表達正負向感受,同理其感受並展 現接納及尊重,適時評估有無自我傷害 想法, 並鼓勵當有自傷想法時可尋求醫 護人員協助;另外透過家庭支持系統陪 伴與關懷,鼓勵參與社交或宗教活動, 利用人生回顧、懷舊治療及社會支持等 策略, 並藉由音樂、按摩、冥想、正念 減壓等方式改善憂鬱情緒;出院後轉介 衛生局心理衛生中心,提供人性溫暖, 滿足其被關心呵護的需求, 協助其度 過無望感的經歷(卜、游,2017;侯、 林、黄,2017)。

護理過程

一、個案簡介

李先生,86歲,高中畢業,已婚,育 有兩男一女,無抽煙、喝酒,使用國語 溝通,與家人同住經濟小康,主要照顧 者為案妻。

二、過去病史及住院史

個案患有高血壓、良性前列腺肥大 及憂鬱症病史,規則服藥控制。因病 竇症候群於2010年放置心臟節律器, 因慢性心臟衰竭住院治療多次,定期 門診追蹤,規則服用鈣離子阻斷劑治 療;2011年被診斷憂鬱症住進精神科 病房,出院後生活適應良好,並規則於 門診追蹤。

三、此次發病經過

日期 疾病與治療過程 8/2 家屬發現個案意識不清,床旁有diltiazem(herbesser)藥物空盒,驚覺個案服藥自殺,送入 急診,入院時GCS:E₁V₁M₃,伴有心搏過速(113次/分)、低血壓休克(69/29mmHg)、高血糖 (247mg/dl)及代謝性酸中毒症狀(lactate:3.9mmol/L, ABG:PH:7.29, HCO3:17.2 mmol/L, BE:-8.6 mmol/L),於急診室放置鼻胃管行生理食鹽水胃灌洗,予靜脈點滴輸注,並給予calcium chloride \ sodium bicarbonate \ albumin \ dopamine pump \ norepinephrine pump \ insulin \ 20% SMOFlipid emulsion,於當天入住急診加護病房治療。 於急診加護病房置入中央靜脈導管及尿管監測血流動力及輸出入量,持續給予calcium chlo-8/2~8/6 ride \ norepinephrine \ dopamine \ insulin \ 20% SMOFlipid emulsion維持生命徵象穩定。8/5 血液動力學漸穩,停止dopamine及insulin治療。 停用norepinephrine,移除尿管及中央静脈導管,轉至普通病房。 8/7 8/16 病情穩定出院返家,並於門診持續追蹤。

護理評估

筆者運用全人五大層面為評估架構, 照護期間為2017年8月2日至8月7日,利 用觀察、身體評估、會談等方式蒐集資 料, 進行評估如下:

一、生理層面

個案外觀衣著合宜,入院身高178cm, 體重70kg, BMI: 22kg/m², 皮膚乾燥無 彈性,足背水腫2價,四肢皮膚濕冷,末 梢微血管填充時間大於2秒,足背動脈搏 動強度1價,住院期間置入鼻胃管,採 管灌飲食熱量為1,750kcal/天;患有高血 壓、病竇症候群及心衰竭病史放置心臟 節律器,長期服藥控制,入院呼吸淺快 18~26次/分, 8/2 CXR:雙側肺浸潤增加, 聽診雙側呼吸音為囉音,鼻導管3L/min 使用下ABG: PH:7.29, PaCO2:36.6mmol/ L, PaO2:70.3mmol/L, HCO3:17.2mmol/ L, BE:-8.6mmol/L, SPO2:92.4%, 脈搏約 60~79次/分, EKG: pacemaker rhythm, 血壓60~70mmHg/29~58mmHg,中心靜 脈壓6~8mmHg;平時可於家屬協助下使 用柺杖活動,入院後採絕對臥床,較虛 弱無力,四肢肌力三分;平日有服用安 眠藥習慣,住院期間白天多呈嗜睡,平 均睡眠可達8~10小時;排便約一至二天 解便一次,量中、質軟、呈褐色無需使 用軟便劑,腹部扣診微鼓音,聽診腸蠕 動10~14次/分,8/2 BUN/Cr:24/0.96mg/ d1,導尿管每小時引流尿液量約為 20~30ml,故確立「心輸出量不足」之健 康問題。

二、心理層面

個案表情淡漠,無精打采,多臥床

休息,於加護病房期間,透露出哀傷憂 鬱情緒因體力變差內心無力感加重,表 示「我老了不中用了,家人都不要我 了! 」。情緒顯低落,面容愁苦出現嘆 氣皺眉,對週遭事物不感興趣,住院初 期會談,表情憂傷沒有笑容,少主動與 人交談,並出現憤怒、抱怨及不滿情 緒,曾透露自殺想法:「我越來越沒用, 腳現在動也動不了,簡直就是廢物,乾 脆死一死好了!」「(服藥自殺)我已經 計畫好的!」,「我一次把門診的心臟 藥全吃了,我想要讓心臟停止!」;否 認、懷疑:「我不要插管急救,我一腳已 經踏進棺材了!」,「年紀大了不想治 療想死了算了!」,「想要一死百了, 無法想到下輩子!」;自責、罪惡感: 「擔心我太太累了,還要照顧我。」, 「我好恨阿!我不想拖累家人了。」。 8/3老人憂鬱量表為12分,為重度憂鬱, 個案對於情緒問題多採壓抑且有自殺意 念,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,故具 有「無效性因應能力」之健康問題。

三、智能層面

個案入住加護病房後意識漸清楚, 偶顯嗜睡,定向力、判斷力、計算力、 記憶力、抽象思考及知覺感受正常,思 考過程符合邏輯,無妄想之言談,但想 法多負向,認為老了無用,想要一死百 了。與他人互動較為被動。個案可說出 病識感:「想自殺是因為久病未癒,覺 得心臟病好不了吃藥也沒用。」。個 案簡易智能狀態測驗(mini-mental status examination, MMSE)為21分,顯示輕度 認知功能障礙,會談中思考內容無偏離

現實,但言詞多呈負向、悲觀、消極, 顯示認知功能已受情緒困擾影響。壓力 因應能力:「表示自己心臟病多年已經 好不了,活著有什麼意義,想吃藥死一 死!」,希望早日解脫,因此採取服藥 自殺行為,故確立「無效性因應能力」 之健康問題。

四、社會層面

個案為公務員退休與案妻及小兒子 同住,經濟狀況小康,案妻為主要照顧 者,家庭成員感情親密相處融洽;案父 多採傳統權威教養方式,使個案養成獨 立自主且壓抑個性,自覺必須擔負起一 家之主角色,憂鬱症未發病前很健談, 待人親切,此次住院呈被動話少,對話 多一問一答;自我價值認同低,常主 訴「我老了不中用了,家人都不要我 了。」「年紀大了不想治療想死了算 了!」,案妻:「我先生在我心中是盡 責的男人、孩子們也非常尊敬他,但自 從憂鬱症發作後就變了一個人,做什麼 事都變得消極。」。

五、靈性層面

個案表示年紀大了,又患有心臟病 自覺好不了吃藥也沒用,無法想到下輩 子,平時信仰道教,相信因果輪迴,逢 年過節會拜拜祈求平安,但現在就只希 望能減輕病痛,對於生命價值,認為老 了不重用乾脆一死百了, 對任何事情沒 有動力容易出現負面的想法,對未來無 望。個案存在無價值感與對未來悲觀及 無望感之想法,係與老年疾病纏身及身 體活動功能日漸退化調適不良有關,且 對週遭刺激反應減少,四肢乏力對身體 無法操控,語言表達少,情緒低落,產 生孤寂、無價值的想法,並透露對治療 的無望,故確立「無望感」之健康問 題。

問題確立

綜合以上護理評估,確認個案主要健 康問題有三項,依序為心輸出量不足、 無望感、無效性因應能力,依健康問題 擬定目標、給予護理措施與評值,詳見 如下。

護理措施與評值

一、心輸出量不足/服用鈣離子阻斷 劑過量有關(8/2~8/7)

主觀資料

- (1)8/2「我一次把門診的心臟藥全吃了, 我想要讓心臟停止! ...。
- (2) 8/2「我的手好冰,我的頭好量!」。
- (3) 8/3「我血壓是不是很低,還有用昇壓 藥嗎?我會不會死掉?」。

客觀資料

- (1) 8/2入院GCS:E₁V₁M₃, 脈搏63次/分、 血壓69/29mmHg。
- (2) 8/2脈搏60~79次/分,EKG:pacemaker rhythm, 收縮壓約60~70mmHg。
- (3) 8/2四肢皮膚濕冷,末稍微血管填充時 間大於2秒,足背水腫2價,足背動脈 搏動1價。
- (4) 8/2平均每小時尿液量<30ml,顏色深
- (5) 8/2中心靜脈壓6~8mmHg。

護理曰標

(1) 住加護病房期間,在使用昇壓劑 及解毒劑下,能維持收縮壓大於90 mmHg,平均動脈壓大於60mmHg,末

- 稍微血管充填時間小於2秒,並維持意 識清醒。
- (2)移除昇壓劑後,收縮壓可大於90 mmHg,且尿量可達1ml/kg/hr。

護理措施

- (1) 8/2~8/7持續評估意識形態並監測生命 徵象、微血管填充時間及輸出入量。
- (2) 8/2~8/7採集中護理並絕對臥床降低心 肌耗氧量。
- (3) 8/2協助每兩小時翻身且動作官緩慢, 床頭勿抬高大於30度避免低血壓。
- (4) 8/2依醫囑予生理食鹽水1,500ml及 白蛋白靜脈輸注,維持收縮壓大於 90mmHg °
- (5)8/2依醫囑每8小時予氯化鈣靜脈滴 注, 並每日追蹤鈣離子濃度。
- (6) 8/2依醫囑予norepinephrine幫浦持續 輸注,起始劑量8mcg/min,維持劑量 2~4mcg/min,最高劑量不超過12mcg/ min °
- (7) 8/2依醫囑予dopamine幫浦持續輸注, 依個案體重70公斤調整, 起始劑量5 mcg/kg/min,最高劑量不超過20mcg/ kg/min °
- (8) 8/2依醫囑給予insulin 70U及D50W 50ml靜脈輸注,並持續予每小時 insulin 35U和D10W 250ml幫浦輸注, 增加心臟收縮力,並每兩小時監測血 糖值,每四小時監測有無低血鉀。
- (9) 8/2依醫囑予20% SMOFlipid 105ml幫 浦輸注不超過1分鐘,降低鈣離子阻 斷劑於體內作用。

評値

(1) 8/3使用norepinephrine幫浦及dopamine 幫浦治療下,脈搏60~62次/分,血

- 壓88~102/45~52mmHg,平均動脈壓 60~65mmHg,末稍微血管充填時間為 2秒,GCS:E4V5M6,可辨別人、時、 地。
- (2) 8/7將norepinephrine幫浦停止,血壓 111/78mmHg, 脈搏66次/分, 8/6~8/7 尿量1,780ml/天(1.05ml/kg/hr), 微血 管填充時間小於2秒。
- 二、無望感/與身體狀況衰老退化有 關 (8/2~8/16)

主觀資料

- (1) 8/2「我老了不中用了,家人都不要我 了! 」,「年紀大了不想治療想死了 算了!」。
- (2) 8/2「想要一死百了,這輩子都過不了 無法想到下輩子」。
- (3) 8/3「我不要插管急救,我一腳已經踏 進棺材了! 」。

客觀資料

- (1) 8/2協助個案翻身、更換尿布時會顯得 緊張, 手抓著棉被不放, 並用手推開 表示拒絕,且表情淡漠皺眉,問話時 沒有回應,僅點頭或搖頭。
- (2) 8/3與個案談話時,默默不語眼光常避 開說話者,表情憂傷沒有笑容,情緒 低落淡漠,易出現嘆氣皺眉,時常直 視天花板,表情呆滯,對週遭刺激反 應減少。
- (3) 8/3個案提及病情及治療過程,對疾病 及未來無望,老人憂鬱量表為12分, 為重度憂鬱。

護理曰標

(1) 8/3個案能接受常規護理照護包含翻身 活動、身體清潔並配合治療。

(2) 轉出加護病房前個案能主動表達自 我感受,能說出自殺動機,並肯定自 我價值,確認生命的意義,提昇正向 感。

護理措施

- (1) 8/2主動自我介紹與個案建立治療性人 際關係,給予陪伴與關懷,並說明牛 理監視器之數值代表意義。
- (2) 8/2介紹加護病房環境並放置叫人鈴, 於執行護理措施前詳細說明目的及方 式。
- (3) 8/3~8/7視病況於每日早餐後會談一小 時,藉由開放式問句鼓勵個案表達對 疾病過程及治療處置感受,當個案出 現激動哭泣情緒時給予陪伴,傾聽其 需求促進正負向感受的表達。
- (4) 8/3~8/7於床旁桌放置牙刷,毛巾,刮 鬍刀,收音機,協助個案自行操作, 完成後給予口頭鼓勵以增進個案自主 能力及自控感。
- (5) 8/3~8/7每日兩次會客期間鼓勵案妻 及子女主動表達對個案的愛及關懷, 並藉由輕拍肩膀或緊握雙手,令個案 重獲愛與歸屬,引導個案覺察自我價 值。
- (6) 8/4~8/7教導正念減壓法,藉由覺察自 我呼吸以感受當下此刻的存在,不抵 抗、不追隨無意義的擔心和憂慮,試 著別再把心力投射在不可得的過去與 未來,以增進控制感及希望,並藉由 專注呼吸轉移負向情緒。
- (7) 8/5鼓勵案妻提供相簿及全家福,回 顧過往美好時光,協助個案進行生命 回顧及懷舊治療,鼓勵個案主動表達 對案妻的愛與感謝,強化家庭支持系

統。

- (8) 8/7會診精神科建議:
 - a.給予支持性心理治療。
 - b.建立病識感和加強服藥遵從性。
 - c.評估及整合個案現有的支持系統, 加強家屬對疾病的認識。
 - d.居家生活及休閒安排。
- (9) 8/7協助尋求社工提供轉至病房後續照 顧服務。

評値

- (1) 8/4個案能回應護理人員問候,協助翻 身更換尿布及量測生命徵象時,不再 出現手緊抓棉被或是用手撥開護理人 員情形,並可配合護理活動及治療。
- (2) 8/5 見案妻帶的舊照片,回憶過往相處 時光,並激動表示「我還是很愛我的 家人,但現在腳動也動不了,就像廢 物,我才會吃藥的! .。
- (3) 8/6會客時表示:「我知道我這麽做(服 藥自殺)太太會難過,以後我有心事會 和太太討論,這幾天我想了想雖然腳 沒力氣,但在家中還可以做些靜態的 活動,這次吃藥,是我的不對,我不 會再做第二次了,那不是傻子嗎?剩 下的日子我想和我的家人好好生活, 不要再讓他們難過! ...。
- (4) 8/16至病房探視個案,談話時露出笑 容,表示要出院了心情很好,感謝醫 護同仁照顧,接下來會好好地和妻子 討論如何面對往後生活。
- 三、無效性因應能力/缺乏對生活壓 力的因應技巧有關 (8/2~8/18)

主觀資料

(1) 8/2「年紀大了不想治療病都好不 了。」。

- (2) 8/2「我越來越沒用了,腳現在動也動 不了, 簡直就是廢物, 乾脆死一死好 了! . 。
- (3) 8/2「我一次把門診的心臟藥全吃了, 我想要讓心臟停止!」,「(服藥自 殺)我已經計畫好的。」。

客觀資料

- (1) 老年憂鬱症病史,面對壓力缺乏因應 能力,此次服用鈣離子阻斷劑自殺。
- (2) 8/2會談時表情皺眉,提及服藥自殺出 現嘆氣,談到家人,情緒出現激動落 淚,猛搖頭等負向情緒。
- (3) 8/3老人憂鬱量表為12分,缺乏對於精 神疾病及生活事件的因應技巧,面對 生活壓力事件時多採壓抑及消極方式 處理, 少尋求支援。

護理曰標

- (1) 8/4個案能明確說出壓力源並主動表達 心中正負向感受;案妻能夠說出三項 識別自殺意念的行為。
- (2) 8/7個案能說出三個面對生活壓力源 時,可運用的因應方式。

護理措施

- (1) 8/2主動自我介紹建立信任感,並以溫 暖、真誠的態度陪伴與關懷,建立良 好的治療性關係。
- (2) 8/2~8/7採開放式會談,鼓勵個案主動 表達心中感受及壓力源,並傾聽個案 的正負向感受,以同理心及不批判的 態度,並適時提供現實感。
- (3) 8/2~8/7會客時鼓勵案妻參與治療活動 (翻身、肢體按摩)並藉由緊握個案雙 手、輕拍肩膀等動作,關懷個案。
- (4) 8/2提供案妻全國自殺防治中心出版之 老人自殺防治手冊,並教導相關照護

- 知能及識別自殺意念的行為,預防個 案再次自我傷害。
- (5) 8/2~8/7視病況於早餐後會談一小時, 運用認知行為治療建構認知,引導個 案回想自覺低落時的自動化想法,並 運用開放式間句引導個案辨識錯誤認 知「我老了,家人一定會覺得我是累 贅」之想法。
- (6) 8/3~8/7教導個案當心情低落時可藉由 晨間聽音樂、冥想、按摩、與家人聊 天轉移注意力 舒發及管理情緒,增進 因應技巧。
- (7) 8/4~8/7適時依個案需求彈性延長會客 時間約40~60分鐘,鼓勵太太及兒女表 達對個案自殺事件的內心感受,減少 其愧疚感, 並強調家庭成員溝通的重 要件。
- (8) 8/5鼓勵案妻攜帶全家合照與個案互 動,強化家庭支持系統,給予正向回 饋。
- (9) 8/7與個案及案妻討論返家後安排簡 單日常生活活動,增加自控感及成就 感。
- (10) 8/7會診精神科給予心理輔導,並提 供社會支持系統,如:生命線、自殺 防治專線等,增進家庭及社會支持系 統。
- (11) 8/10轉介心理師,提供後續心理諮商 服務。

評値

(1) 8/4個案能於引導下明確表示慢性病導 致身體功能逐漸退化為主要壓力源, 且對其產生負向及自我厭惡之感受: 「我兩腳都沒甚麼力氣,身體老了, 吃不消了!連下床都要我太太扶,算

什麼嘛! 」。

- (2) 8/5以回覆示教方式詢問案妻可說出三 項辨別自殺意念的行為包含情緒突然 改變、把重要的東西送給他人及表達 負向的言語或想死的念頭等。
- (3) 8/7會主動告知護理人員表示想要家人 陪伴及播放音樂緩解不耐情緒,8/10 個案情緒不穩時,會嘗試以深呼吸、 閉眼冥想及聽音樂方式減輕焦慮,且 當情緒低落時會與案妻討論解決方 式,案妻也會協助按摩個案下肢緩解 個案情緒。
- (4) 8/18出院後電訪追蹤,面對身體不 滴,行動不便仍會有情緒低落哭泣行 為,但會主動尋求案妻協助,出院後 未出現自傷行為。

討論與結論

鈣離子阻斷劑是老年人常見心血管 用藥,市面上取得容易,必須每日及長 期服用,當伴隨老年憂鬱的發生,刻意 囤積藥物,意圖服用過量藥物做為自殺 方式的機率就大大提昇。在此護理過程 中,深刻體會老年憂鬱症個案易被忽略 的心理需求及無望感,因此在無望感方 面:藉由陪伴、關懷、傾聽、生命回顧 及懷舊治療方式,使其表達內心想法, 鼓勵個案說出心中真實感受及擔心的事 並與個案分享正向價值觀及人生觀,並 運用音樂、冥想、轉移注意力及正念減 壓寄予希望,接納當下負向情緒,減少 其愧疚感, 並強調家庭成員溝通的重要 性;在無效性因應能力方面:給予同理 心及不批判的態度,支持傾聽個案的正 負向感受,於可掌握的事物中給予做決

策的權利,增加個案對於自我生命的自 控感外,也協助個案當面臨壓力時有相 對正確的因應方式,協助個案減少哀傷 的情緒,轉介社工師、心理專家及會診 精神科,幫助個案減輕焦慮,以上與多 位學者提出的文獻前後呼應。

然而對護理實務而言, 防範自殺應 涵蓋住院前、中、後之全程照護,在急 診加護病房照護期間乃急性階段,照護 時間相對短暫,醫護團隊著重於穩定病 人的生命徵象,往往疏忽了病人心靈需 求及家屬的無助與擔憂,甚難從急性照 護過程掌握個案家庭運作,雖筆者已評 估到心理層次,但礙於資源有限及住院 日短,為本文之限制。因此有感於急重 症單位的醫護人員除具備急重症專科照 護的專業知能外也應具備評估自殺風險 的敏銳性, 建議更需研修相關的課程, 如:老人護理、溝通的技巧、同理心的 應用、靈性護理及心理輔導方面的護理 知能。此外在面對不知所措的家屬及老 年憂鬱症自殺患者需給予更多的關懷與 耐心,並早期運用「老人憂鬱量表」篩 選個案,期盼能及早評估其心理需求, 適時提供資訊及護理指導,使家庭支持 系統可發揮最大功能增加照顧與因應能 力、預防再次自我傷害,必要時轉介社 工或社會資源給予家屬心理支持與協 助,以減輕個案及家屬不安的情緒,經 由以上促進老年自殺患者重拾對生命的 渴望,並於返家後能達到生、心、社 會、發展和靈性平衡的狀態。

參考文獻

卜心怡、游雅梅(2017)·照顧一位腦中風後無

- 望感患者之護理經驗·榮總護理,34(1), 49-56 · doi: 10.6142/VGHN.34.1.49
- 內政部統計處(2018年1月):內政部統計年報-人口年齡分配・取自https://www.moi.gov. tw/files/site_stuff/321/2/year/year.html
- 台灣自殺防治中心(2017年6月23日)・新聞媒體 聯繫會議-老人自殺防治:問題與挑戰: 取自http://tspc.tw/tspc/portal/news/content. jsp?type=news&sno=1001
- 吳佩霖(2017)·Amlodipine中毒之處置:案例報 告·*秀傳醫學雜誌*,16(1),40-45。doi:10. 3966/156104972017061601006
- 侯銘峰、林岱樺、黃麗華(2017),一位瀰漫 性血管內凝血併無望感個案之急診護理 經驗·新臺北護理期刊,19(2),85-94。 doi:10.6540/NTJN.2017.2.008
- 陳亭余、高啟雯(2009) · 心輸出量減少病患之 護理·*長庚護理*, 20(3), 319-326。
- 陳正翰、廖婉如(2017),鈣離子阻斷劑中毒的 處置· 臨床醫學月刊, 80(1), 389-393。 doi:10.6666/ClinMed.2017.80.1.073
- 梁明玉、柯莉珊、鄭慧娟、林麗華(2017) · 照 護一位獨居頻跌且無望感榮民之經驗・ *榮總護理,34*(2),196-206。doi: 10.6142/ VGHN.34.2.196
- 張彩秀、樓美玲、譚蓉瑩、吳昭軍、吳寶琴 (2013) · 健康促進計畫對防治社區老人憂 鬱症狀之成效探討·*澄清醫護管理雜誌*, 9(4), 29-36。
- 廖士程、李明濱、龍佛衛、張家銘、吳佳儀 (2015) · 台灣自殺防治十年回顧檢討與展 望·台灣公共衛生雜誌,34(3),227-239 · doi: 10.6288/TJPH201534103131
- 鄭偉伸、黃宗正、李明濱、廖士程(2016)‧老 人憂鬱症與自殺防治·台灣老年醫學暨老 *年學雜誌*,11(1),16-30。
- 劉慕恩、楊誠弘(2017)·老年憂鬱症回顧·臨 床醫學月刊,79(2),69-71。doi: 10.6666/

- ClinMed.2017.79.2.012
- Gana, K., Bailly, N., Broc, G., Cazauvieilh, C., & Boudouda, N. E. (2017). The geriatric depression scale: Does it measure depressive mood, depressive affect, or both? International Journal of Geriatric Psychiatry, 32, 1150-7. doi:10.1002/gps.4582.
- Lee, H., Seol, K. H., & Kim, J. W. (2018). Age and sex-related differences in risk factors for elderly suicide: Differentiating between suicide ideation and attempts. International Journal of Geriatric Psychiatry, 33(2), e300-e306. doi:10.1002/gps.4794
- Maskell, K. F., Ferguson, N. M., Bain, J., & Wills, B. K. (2017). Survival after cardiac arrest: ECMO rescue therapy after amlodipine and metoprolol overdose. Cardiovascular Toxicology, 17(2), 223-225. doi:10.1007/ s12012-016-9362-2
- St-Onge, M., Dube, P. A., Gosselin, S., Guimont, C., Godwin, J., Archambault, P., ...Blais, R. (2014). Treatment for calcium channel blocker poisoning: A systematic review. Clinical Toxicology, 52(9), 926-944. doi:10.3 109/15563650.2014.965827
- St-Onge, M., Anseeuw, K., Cantrell, F. L., Gilchrist, I. C., Hantson, P., Bailey, B., ...Megarbane, B. (2017). Experts consensus recommendations for the management of calcium channel blocker poisoning in adults. Critical Care Medicine, 45(3), 306 - 315. doi:10.1097/CCM.0000000000002087
- World Health Organization (WHO). (2017) . Depression. Retrieved from http://www.who. int/mediacentre/factsheets/fs369/en/

Nursing Care Experience of a Patient with Elderly Depression Who Attempted Suicide Using Calcium Channel Blockers

Tsung-Tai Tsou, Kuei-Man Lin*

ABSTRACT

The nursing care experiences of an 86-year-old man with elderly depression. His lower limbs were weak, and he required assistance for daily activities. He experienced a strong sense of hopelessness and attempted suicide by ingesting large quantities of calcium channel blockers. He was admitted to the emergency intensive care unit. The period of care was from August 2, 2017, to August 7, 2017. The author collected information in five major areas through observation, interview, listening, physical examination, and chart review. The major problems observed during hospitalization were decreased cardiac output, hopelessness, and inability to cope. During the nursing process, we administered antidotes and inotropic agents to maintain vital signs. After we stabilized the patient's condition, we listened to and communicated with him, offering empathy and care. Encouraged to express negative feelings and reasons for feeling suicidal, the patient was helped to overcome stress, reduce hopelessness, and avert a suicide crisis with the help of social workers, a psychological team, and psychological counselors. Through this sharing of care experiences, psychological, spiritual, and social care can be used to achieve a more comprehensive nursing approach. (Tzu Chi Nursing Journal, 2020; 19:4, 102-112)

Keywords: calcium channel blockers, elderly depression, suicide attempt