

運用正念療法照護一位憂鬱症病人之護理經驗

呂桂鳳¹、黃玉婷¹、曾秀月²

中文摘要

本文為運用正念療法照護一位憂鬱症病人合併自殺意念之護理經驗。護理期間為2020年05月15日至2020年07月08日，藉由觀察、治療性會談等方式收集資料，並運用五大層面進行整體性護理評估，分析出主要健康問題有：「潛在危險性自殺」、「社交互動障礙」、「因應能力失常」。筆者以關懷、接納、同理、不批判之態度，與個案建立良好的治療性關係，並運用正念療法訂定符合個別性、整體性之護理計畫。透過引導個案覺察與接納現況，改善自殺意念、憂鬱情緒及社交互動，增進因應能力，提升專注力。最終個案可順利出院回歸社區。期待此篇照護經驗有助於增加臨床醫護人員對憂鬱症照護及正念療法的認識與應用。(志為護理，2022; 21:2, 121-132)

關鍵詞：憂鬱症、正念療法、潛在危險性自殺

前言

憂鬱症為情感疾患的一種，是臨床上造成自殺最主要的疾病，當內在的痛苦無法承受及面對時，50%個案曾想過以死亡來逃避現實(蕭等，2017)。國內約有65萬人被診斷為情感疾患，佔臺灣總人口27.8%，青壯年人數為46.8萬，女性約為男性2倍(衛生福利部統計處，2019)。

憂鬱症個案在受到情緒困擾及功能退化下可能失去工作能力，甚至出現自殺行為，造成家庭及社會極大的損失。故如何讓憂鬱症個案得到適切的治療，是一項重要的課題。

個案早年喪夫，罹患憂鬱症。獨自養育三個女兒。案長女及次女在求學期間相繼躁鬱症發病，家中壓力因子高，經濟及支持系統差。因長期飽受情緒困擾及因應能力失常，在規律返診及服藥下

臺北榮民總醫院桃園分院護理師¹、臺北榮民總醫院桃園分院護理師護理長²

接受刊載：2021年6月23日

通訊作者地址：呂桂鳳 333 桃園市龜山區長壽路269巷3號4樓

電話：886-3-338-4889 電子信箱：a0980575224@gmail.com

仍反覆發病，對人生感到痛苦與無助。而正念療法應用於改善憂鬱、減輕壓力及預防憂鬱症復發有顯著的療效，故促發筆者動機。期望個案能從中學習良好之壓力因應技巧，協助減輕壓力、改善憂鬱情緒，重新回歸社會及家庭。

文獻查證

(一)憂鬱症的照護

憂鬱症的症狀經常出現失眠、終日躺床、動作緩慢、社交退縮、情緒憂鬱、無價值、罪惡感等，嚴重時會出現自殺意念(APA,2018)。急性期以抗鬱劑緩解症狀。當罪惡感及自責感出現時，需要配合心理治療來疏導情緒。憂鬱症照護須採安靜、光線佳的治療環境，避免額外的刺激。溝通時宜採簡單、溫和的語句，鼓勵表達想法及感受。有時也可採沉默的方式陪伴，增加安全感。當個案猶豫不決時，協助作決定，再漸進式練習為自我負責。情緒抒發可教導以繪畫著色或寫日記等建設性的方法，若充滿自責、罪惡，可安排服務性質的活動(蕭等，2017)。

在個案呈現悲觀、罪惡、無價值感時，其自殺意念最為強烈。預防自殺護理需每15分鐘觀察、24小時陪伴、移除危險物品、入住有監視器的隔離房間內，必要時提供保護性約束。服藥過程須全程監督，確保無囤積藥物。允許適度的情緒宣洩及參加安全的團體活動，非一味環境設限，讓個案感受到被尊重。此外，可與個案訂定不自殺契約，賦予安全上的責任，肯定其價值。最後，協助學習新的適應方式以處理所面

臨的問題，使個案不再選擇自殺來解決問題(張、許，2017；蕭等，2017)。

(二)正念療法實證

卡巴金博士是正念的創始人，於1979年提出「正念」是不帶評價的覺察，學習如何專注、活在當下並與疾病共處。正念療法是一種簡單而有力的認知療法，可以協助病人覺察困住自己的想法與反應，打破陷入憂鬱的思維循環模式，有效地預防憂鬱症復發(Zindel et al., 2015/2018)。McIndoo et al. (2016)對抑鬱大學生的隨機對照試驗顯示：正念療法能有效減低壓力、憂鬱。Wetherell et al. (2017)研究中指出-正念療法可使對壓力失調及認知障礙的老年憂鬱、焦慮情緒顯著改善，且可提升生活品質。Tai et al. (2018)研究證實正念減壓訓練可減少軍中憂鬱症病人之自殺風險。

(三)正念療法臨床應用

正念療法在臨床上的應用，從舒壓擴展到心理治療，包括正念認知及正念減壓技巧，治療期間約6-8週，每週6天，每天至少利用45分鐘至1小時練習正念減壓。經由系統化且規律的練習，減少不良的慣性壓力反應，於精神領域適用範圍：憂鬱症、焦慮、恐慌、精神官能症等(古，2019；胡等，2017；常等，2017；陳等，2016)。

正念認知：1.接納：接受當下的身心現象。2.不批判：不對自己情緒、想法、感覺等做評斷。3.信任：相信自己或他人的智慧與能力足以應付這一切。4.不強求：放下執著，順其自然。5.耐心：耐心地與當下各種身心狀況和平共處。6.初心：不用過去的經驗預設

立場。7.順其自然：把握當下，隨遇而安(胡等，2017；陳等，2016；常等，2017)。

正念減壓技巧：1.正念靜坐：透過靜坐將注意力放在當下，溫和地感受身、心現象，增進覺察能力。2.正念飲食：專注地品嚐食物並體會五官的感受。3.正念呼吸：將注意力集中在腹部的起伏或鼻端的呼與吸，當情緒或念頭出現時，安適地關注當下的呼吸。4.身體掃描：配合輕音樂及指導語，將注意力依序從腳趾到頭部，專注地覺察身體每一處的感受。5.正念瑜珈：溫和且專注地伸展身體各部位，探索身體的極限。6.正念行走：行進間專注地體會腳底與地面接觸、腿部肌肉牽動及身體移動的感覺，安適當下(胡等，2017；常等，2017)。

護理評估

(一)個案簡介

林女士，說國語，信仰基督教。性格壓抑內向、要求完美。自小家中重男輕女，常要求個案從早到晚幫忙家務。高中畢業後於鄉公所擔任總機，工作持續度佳。1990年經父母媒妁之言結婚，婚後才知案夫有躁鬱症，且屢受家暴。1995年案夫意外身故，個案獨力養育三個女兒。

(二)疾病史

個案足月順產、無頭部外傷史。內外科病史為高血壓。家族史：案母心臟病、案夫及案長女、次女患有躁鬱症。

五大層面整體性護理評估

(一)身體層面：

外觀整潔，無異味。髮量中等，參雜少量白髮，皮膚溫暖有彈性。步態緩慢平穩，肢體活動及協調度佳，可打理事務，生活自理。發病後較為被動。食慾下降，每餐由吃一個便當，減少為吃1/3個便當，體重1個月內減少4公斤(51公斤→47公斤)。BMI:18.83kg/m²，正常。住院中在督促及鼓勵下可自行進食1/2~2/3份普通餐，無挑食情形。點心於每日19:30進食水果一份及飲水2,000毫升。長期服用eurodin 2mg 1 tab po QN及imovane 7.5mg 1 tab po QN，平均夜眠7小時，住院前後無差異，睡眠滿意度7分(10分為最滿意)。個案於2010年出現高血壓，長期服用concor 1.25mg 1 tab QD，血壓維持在110-125/60-85mmHg。實驗室抽血檢查正常。EKG：SR、CXR：Normal。Brain CT:Normal。KUB：微有腸氣，活動後可自行排氣，無不適。排便規律，每1~2日解黃褐色軟便1次；尿液自解，呈黃色清澈狀；S/R、U/R正常。評估生理層面無問題。

(二)心理層面：

個案動作緩慢，表情愁苦，經常嘆氣、無精打采狀，說話音量小，語調平板，多獨坐病室發呆或臥床，情緒憂鬱。5/15入院當天個案出現想從住家頂樓一躍而下之自殺意念。自覺比別人差、沒有活著的意義。5/15「我活著有什麼意思，一無是處，工作也做不好，像個罪人。」、5/16「我想從頂樓跳下去，了結自己。」、5/18「我沒有用…活在世界上不知道要做什麼，

我有罪!」、5/21「我什麼都做不好，我對不起我大家。」、5/22：「我好孤單…活得好痛苦，死了是不是能解脫?」、5/29「我死了會不會比活著好?」、6/3個案自我否定：「我做不好很多事，我是個失敗的人。」、6/4：「我覺得我很不應該，因為我剛剛飯只有吃一半。」、6/5：「我對不起你們，因為我沒有趕快好起來。」、6/9：「工作我不知道該怎麼辦，我覺得我一定做不到，病也好不了。」、6/10「小孩她們都很忙，經常不在，其實我很孤單。」、6/12「我讓在乎我的人失望，大家一定很不諒解我。」、6/13「我沒有自信，也不知道該相信誰。」評估個案缺乏自信及信任他人能力，思考負向，易使用先入為主、非黑即白的觀念批判自我，防衛機轉內射。因工作壓力及孤寂感，情緒憂鬱。遇到挫折時多以逃避或自殺想法因應。5/15 BSRS-5簡式健康量表為17分，自殺意念為3分，屬重度情緒困擾。評估情緒層面有「潛在危險性自殺」、「因應能力失常」之健康問題。

(三)智能層面：

個案感官無幻覺或錯覺。具自殺意念，思考負向貧乏，經常猶豫不決，無妄想言談。話量少、說話繞圈，需多次引導方能詳談，尚符合邏輯及現實。行為可配合指令，但趨力低，動作緩慢，無精打采，提不起勁。判斷力、定向感、抽象思考力、計算力正常。立即記憶：可正反敘述4位數字。近期記憶差，忘記上一餐吃什麼。遠期記憶可說出童年生活的特別事件。注意力不集中，需要重述問題，才能獲的恰當的答案。具

病識感，知道自己是憂鬱症患者，配合治療。評估受情緒影響，注意力及近期記憶差，但在引導回想及提醒下即可想起資訊及執行曾學過的技能，故在智能層面無健康問題。

(四)社會層面：

1.自我概念：個案自認外表普通，個性隨和，無優點，缺點很多。言談中缺乏自信、自我貶抑。

2.人際關係：個案於住院前後均無朋友，與親戚無往來，無社交活動，心情不好時會與案小女兒訴苦。住院中多獨處，無人際互動及眼神接觸。

3.角色功能：個案身兼病人、母親角色。經濟仰賴每月約3萬元收入，對於總機工作尚可勝任，但轉調清潔隊員搬運大型家具則感到挫折與壓力大，與同事間相處和睦，被動接受同事關心。

4.支持系統：個案無朋友，案父92歲高齡，現居住療養院。案母於2015年心衰竭過世。與手足無聯繫。案長女及次女因躁鬱症情緒欠穩，與個案易有衝突。與未發病的案小女兒互動多，家中決策者為個案。

5.休閒活動：個案無休閒興趣，與鄰居鮮少往來，在家可打理家務。住院中多獨自呆坐或臥床，拒團體治療活動，無人際互動。評估個案在社交場合中顯不自在。社交退縮且缺乏適當的社交技巧。評估在社會層面有「社交互動障礙」之健康問題。

(五)靈性層面：

1.人生觀：6/5「我的人生很失敗，我沒有成長的空間，女兒們都長大有自己的工作和生活，沒有我也沒關係。」

2.信仰：個案自小信仰佛道教。十年前跟隨案二女兒開始改信基督教，平時偶爾會閱讀聖經及禱告，但不會跟隨案女參加教會活動。

3.自我實現：6/5「我想趕快好起來，也想返回職場，健康的工作。」評估個案受疾病影響，思考負向，對自我感到無價值，但仍有宗教信仰及未來返回職場工作之目標，評估在靈性層面無健康問題。

問題確立

綜合以上評估，確立健康問題如下：

(一) 潛在危險性自殺/與憂鬱、孤寂、挫折有關：

個案因工作壓力及案女求學、工作離巢之孤寂感，頻自我譴責，情緒憂鬱，出現自殺意念與衝動。BSRS-5簡式健康量表為17分，自殺意念3分，屬重度情緒困擾，評估有潛在危險性自殺之健康問題。

(二) 因應能力失常/與內射的防衛機轉及無效的壓力因應模式有關：

個案易負向思考或使用先入為主、非黑即白的觀念批判自我，防衛機轉內射，不斷地自我譴責並缺乏自信及信任他人的能力，造成調適壓力的能力失常。

護理措施及執行過程

護理目標：

5/15-5/19提供治療性環境與建立治療性關係，於自殺意念出現時個案可尋求護理師協助，急性期配合藥物治療。5/20-5/26個案可運用至少二項方式轉移

自殺意念。5/27-6/2 BSRS-5簡式健康量表總分<14分，由重度情緒困擾減至中度情緒困擾，其中自殺意念0分。未出現自殺意念及行為。

護理措施：

5/15個案入院當天出現自殺意念，筆者向個案自我介紹，每15分鐘密切探視，以真誠、接納的態度，主動眼神關懷、言語關心，建立良好治療關係及信任感。提供護理站前安全、安靜、光線充足之治療性環境-觀察室，避免環境刺激，讓個案隨時可看見護理師，降低孤獨，增加安全感。請案小女兒於預防自殺期間24H陪伴，減少個案心中不安，並引導案女共同理解及面對個案的疾病。提供治療性會談，積極傾聽、同理感受，使個案感到被理解。並向個案提供自我，鼓勵在自殺意念出現時，至護理站尋求護理師的協助，減少無助感。服藥過程全程監督，確保無囤積藥物。依醫囑提供抗憂鬱劑mirtapine 30mg 1 TAB PO BID、epam 10mg 1 TAB PO BID，情緒穩定劑rivotril 2mg 0.5 TAB PO BID。5/18因自殺意念明顯，情緒激躁，依醫囑提供鎮靜針劑治療anxicam 2mg/ml 1 AMP IM ST。

5/21個案充滿自責及罪惡感，協助安排服務性質的活動-擔任病房餐廳值日生擦桌子工作。陪伴個案於大廳「正念行走」30分鐘，過程中引導個案聆聽輕音樂及專注感覺腳與地面接觸、腿部肌肉牽動及身體移動的感覺。陪伴個案於日光室「正念著色」，藉由專注做一件事，轉移自殺意念，宣洩情緒。5/22個案自殺意念出現時，陪伴於日光室正念

著色及鼓勵於病室寫日記的方式，學習以建設性的方法抒發情緒。5/23鼓勵個案參加安全的團體活動，如音樂欣賞團體，避免退縮病室，沉浸於憂鬱情緒中。5/24引導個案「接納自我」及「接納現況」，「信任自己及醫療團隊」可以陪伴自己度過難關。

5/27訂定不自殺的契約，賦予個案必須對自我安全負責，並回溯過去正向的經驗，協助肯定其自我價值，例如：工作持續度佳、獨力撫養三個小孩長大，引導體認自己是有價值的。5/27轉介社工協助向個案公司請帶薪病假2個月，減少壓力源。並轉介職能治療師協助復健工作能力。5/27提供三位案女「如何與憂鬱症病人相處」之護理指導：以包容、接納、不批判之態度，主動陪伴、傾聽、同理，減少個案壓力源。並引導案女們向個案表達：「媽媽不是負擔，不管生活如何忙碌，我們的愛和母女關係真實存在，永遠不變。」5/29個案猶豫不決自己是否有存在的必要，協助個案作決定，告訴個案：「天生我材必有用，留的青山在，活著就有希望。」5/30於團體衛教時介紹個案及病友們共同認識-憂鬱症，並引導分享經驗、感受，運用團體動力，增加病友間凝聚力，彼此支持，減少孤獨感，讓個案覺察自己並不是一個人。5/31指出及讚美個案住院中進步的表現。例如：個案可每日主動配合服藥、配合病房作息、有自殺意念時會主動求助等。6/1每2日陪伴個案與案長女及案次女下課後通話。每週六、日請案長女、次女至會客區會

客，滿足個案情感需求，減少孤獨感。

健康問題二：因應能力失常/與內射的防衛機轉及無效的壓力因應模式有關。(2020/06/03-07/07)

護理目標：

6/3-6/5個案可說出正念的認知及減壓技巧至少各2項。6/6-7/5個案可運用正念療法，改善不合理之認知及憂鬱情緒。7/6-7/8個案可說出出院後當不合理的認知或憂鬱情緒出現時，該如何使用正念療法因應。

護理措施：

6/3向個案說明正念療法對於緩解憂鬱情緒之助益和重要性。並介紹正念的定義、7項正念認知及6個正念減壓技巧。於個案床旁張貼正念的7個認知-接納、信任、耐心、初心、不批判、不強求、順其自然，供個案隨時複習及自我提醒(圖三)。

6/3個案自我否定時，提醒個案不要要求完美，不強求目前達不到的，保持初心、耐心，不用非黑即白之觀念批判自己或預設立場，用“盡可能”取代我應該、我一定、我必須的想法。6/4個案出現罪惡感，自我批判、自我否定時，提醒個案不批判自我，阻斷內射性思考，引導覺察當下真實的情境，並肯定已完成的部分，如：已吃完一半的餐點，可與病友互動及可全程參加團體治療，消除其罪惡感。6/9個案擔心憂鬱症好不了，原工作也勝任不了。6/10個案因案女們不在身邊而感到孤寂。陪伴個案學習重新覺察及「接納」現在的自己，告訴個案：不論自己正向或負向、

不論生病與否，都是獨一無二的自己。並引導個案「接納」目前憂鬱症復發但緩解中、工作能力下降但職能復健中、案女因學業、工作偶爾不在家的現況，但愛和母女關係真實存在，永遠不變。藉此增加自我認同，減少負向思考與孤寂感。6/11佈置安靜、隱蔽之獨立空間-安靜室(圖四)，放置舒適沙發椅，配合柔和黃光及輕音樂。教導個案「正念靜坐」，結束後請個案在「正念小冊」寫下心得。引導分享感受及給予肯定。6/12-13陪伴度過低潮的憂鬱情緒。告訴個案：「保持初心及耐心，過去的讓它過去，不用過去失敗的經驗預設未來，順其自然，隨遇而安。」並於安靜室教導「正念呼吸」幫助緩和憂鬱情緒。6/14於大廳帶領「正念瑜珈」團體，每週三次，每次30分鐘，引導個案-當想法或念頭出現時，不批判地接納它，將注意力慢慢回到身體各部位的伸展。6/15團體治療時於大廳撥放30分鐘“身體掃描”影片，每週三次，每次30分鐘，帶領個案與病友們共同聆聽紓壓放鬆輕音樂，配合簡單的指導語，從頭到腳閉眼用心感受身體每一處的感覺，協助減少身心壓力。6/16為使個案於住院中及出院後可隨時練習，請案女協助準備隨身音樂播放器，由筆者協助錄製正念呼吸指導語10分鐘、正念身體掃描指導語20分鐘、正念瑜珈指導語20分鐘及輕音樂1小時。6/16 每日於用餐時，鼓勵個案運用五官專注地品嚐食物「正念飲食」，餐後陪伴於大廳「正念行走」，當分心時，引導專注。6/18教導個案若覺察到

情緒困擾時，可先將想法寫在「正念小冊」，之後找人訴說或找一件事專注地做。筆者於每週三晚間「正念討論」時與個案於安靜室共同討論心得及成效，引導比較學習正念療法前後之不同，指出個案在壓力因應上的進步及調適能力增加，強化學習動機。6/20設計「正念課表」(圖五)貼於個案床頭，提醒每日之作息。引導每日7:30-8:00於日光室個別「正念靜坐、正念呼吸」；8:30-9:00於病室團體內務整理訓練；三餐個別「正念飲食」，餐後於餐廳個別「值日生掃地訓練」、餐後與病友們一起「正念行走」30分鐘；每週一、五、日19:00-19:30於病房大廳參加團體「正念瑜珈」、每週二、四、六19:00-19:30於病房大廳參加團體「正念身體掃描」。每週三19:00-19:30於安靜室與個案個別「正念討論」。6/22於個案床頭貼上「正念小語」(圖六)-迷途原為看花開、不管好的、壞的，那都是我、一切會有最好的安排。

7/6與個案於安靜室共同擬定「出院後正念計畫」：持續在家中明顯地方(如：鏡子前、廁所內、床頭)張貼正念7原則及正念小語。每日晨起於住家大廳靠陽台處執行「正念靜坐、正念呼吸」10分鐘，午餐及晚餐後於住家樓下小公園各執行「正念行走」10分鐘，睡前聆聽隨身音樂撥放器播放指導語執行「正念瑜珈」20分鐘。7/8個案出院，予轉介居家治療及電訪追蹤，除追蹤個案服藥遵從度外，並追蹤「正念療法」執行之成效。

結果評值

5/18個案於自殺意念出現時可主動至護理站求助，並被動接受鎮靜針劑治療。5/26個案在自殺意念出現時，可藉由護理師陪伴至病房大廳「正念行走」、「正念著色」，轉移自殺意念。6/2個案未出現自殺意念及行為。BSRS-5簡式健康量表由17分降至12分。自殺意念由3分降至0分。

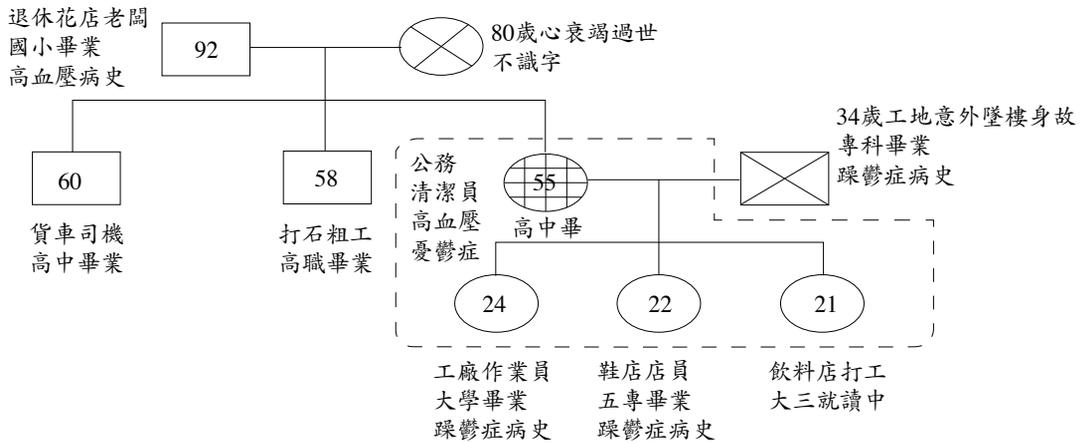
6/5個案可回答出：「正念是專注當下，接納現況，順其自然。有正念靜坐及正念瑜珈可以幫助減壓。」6/11個案可在「正念小冊」寫下正念重點：活在當下，不強求。7/4個案可在引導下於日光室執行每日晨起「正念靜坐、正念呼吸」、三餐「正念飲食」、餐後於大廳與病友一起「正念行走」30分鐘、於病房大廳參加夜間團體活動：週一、五、日「正念瑜珈」30分鐘、週二、四、六「正念身體掃描」30分鐘，過程中可聆聽指導語專注配合指令，活動中無憂鬱情形。7/5個案於安靜室「正念討論」時回饋：「學習正念療法後慢慢體認到-沒有什麼事情是一定的，不要過度要求完美、苛求自己，勇敢信任及求助他人，調整自己的腳步，一切順其自然。」7/8個案：「出院後要每天早上正念靜坐十分鐘，吃飯要正念飲食，工作時認真專注，睡前再做喜歡的正念瑜珈。在憂鬱情緒出現時，可以聽隨身音樂撥放器的輕音樂正念行走30分鐘，幫助抒發情緒。」

討論與結論

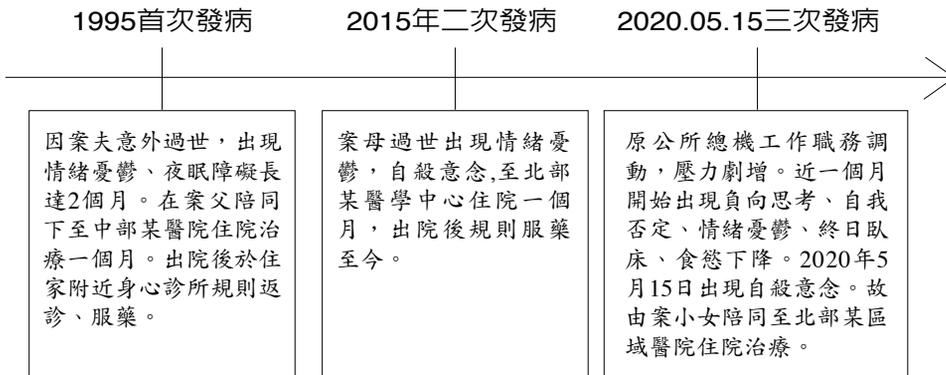
筆者學習正念療法的途徑為實際參加實體正念工作坊、研讀期刊、書籍及向臨床心理師討教。筆者任職的醫院原本只有正念走路活動，因(胡等，2017)文獻中指出正念療法適用於憂鬱症、焦慮、恐慌、精神官能症等病人。故以個案為中心，設計具個別性之正念療法及符合病房特性之正念團體。於護理過程中，因個案長期根深柢固之負向思考初期難以改變，須使用較多時間建立信任感後，再保持耐心，多次地使用正念認知去引導個案覺察、面對、接納現況，敞開心胸相信自己與醫療團隊。並搭配個別及團體之正念減壓活動，減少壓力，訓練專注力，改善憂鬱，轉移自殺意念。修正個案長期以來內射的防衛機轉及無效的壓力因應模式，增進調適能力，最終個案可順利出院，返回職場。

建議在臨床有限的照護期間，可設計團體課程，如：正念走路、正念瑜珈、正念身體掃描，並運用小工具、多媒體及團體動力。例如：床旁貼上正念小語及正念課表、使用正念小冊記事回顧、透過隨身音樂播放器收錄輕音樂及錄製正念指導語、團體治療中引導病友相互分享、支持等，皆可達到事半功倍之效果。出院後，因受限本院無出院後正念工作坊可持續帶領個案出院後之正念團體。除持續電訪及居家訪視外，建議可成立「正念居家團隊小組」每周末至個案家中持續帶領正念減壓團體，並讓案女們共同參與，將有助於維持個案與家中成員的身心靈健康。

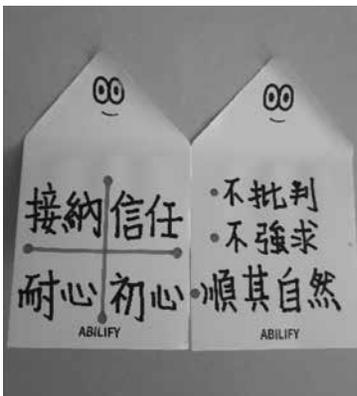
圖一
家族樹



圖二
發病史



圖三
正念七認知



圖四
安靜室



圖六
正念小語



圖五
正念課表

正念課表							
	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
07:30-08:00正念靜坐、正念呼吸(個別)(日光室)							
08:30-09:00內務整理訓練(團體)(病室)							
10:00 11:00	心理師 團體	職能 活動	人際互動 團體	社工師 團體	職能 活動	親 友 會 客	親 友 會 客
11:00-11:30正念飲食-午餐(個別)(餐廳)							
11:30-12:00值日生掃地訓練(個別)(餐廳)							
12:00-12:30正念行走(團體)(大廳)							
14:00 15:30	職能 活動	社工師團體	職能 活動	心理師 團體	職能 活動		
17:00-17:30正念飲食-晚餐(個別)(餐廳)							
17:30-18:00值日生掃地訓練(個別)(餐廳)							
18:00-18:30正念行走(團體)(大廳)							
19:00 19:30	正念 瑜珈 (團體) (大廳)	身體 掃描 (團體) (大廳)	正念 討論(個別) (安靜室)	身體 掃描 (團體) (大廳)	正念 瑜珈 (團體) (大廳)	身體 掃描 (團體) (大廳)	正念 瑜珈 (團體) (大廳)

參考資料

- 古蕙瑄(2019)·正念療癒的臨床應用·*領航護理*，20(2)，17-23。
- 胡美連、陳德中、黃翠媛(2017)·正念減壓的概述·*長庚護理*，28(4)，588-598。
<https://doi.org/10.3966/102673012017122804002>
- 張揚琴、許玫琪(2017)·照護一位反覆自殺憂鬱症病人之護理經驗·*長庚護理*，28(1)，175-185。
<https://doi.org/10.3966/102673012017032801016>
- 陳棠羚、周汎濤、王秀紅(2016)·正念之概念分析·*護理雜誌*，63(2)，113-119。
<https://doi.org/10.6224/JN.63.2.113>
- 常佑康、溫宗堃、李嘉富(2017)·正念的醫學

應用·*臺灣醫界*，60(6)，307-310。

- 衛生福利部統計處(2019，12月27日)·2018年度全民健康保險醫療統計年報。
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-4647-113.html>
- 蕭淑貞等編著(2017)·憂鬱症治療與護理·於蕭淑貞總校閱，*精神科護理概論-基本概念及臨床應用*(九版，409-721頁)·華杏。American Psychiatric Association。(2018)·憂鬱症·於臺灣精神醫學會編譯，*DSM-5精神疾病診斷與統計*(初版，160-183頁)·合記。
- Zindel, V. S., J.Mark, G. W. & John, D. T. (2018)·發展正念認知治療·於石世明譯，*找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法*(初版，72-89頁)·心靈工坊文化。(原著出版於2015)

- McIndoo, C. C., File, A. A., Preddy, T., Clark, C. G., & Hopko, D. R. (2016). Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.012>
- Tai, Y. M., Yang, S. N., & Cheng, S. L. (2018). Effect of mindfulness training (body scan) on the five-item brief symptom rating scale of depressive inpatients of military personnel: A pilot study. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 32(4), 306-313.
- Wetherell, J. L., Hershey, T., Hickman, S., Tate, S. R., Dixon, D., Bower, E. S., & Lenze, E. J. (2017). Mindfulness-based stress reduction for older adults with stress disorders and neurocognitive difficulties: A randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(7), 734-743. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10947>

靜
思
語

有智慧的人能捨，
能「捨」就能「得」，
得到無限的快樂。

~ 證嚴法師靜思語 ~

A wise person is able to let go.
To let go is actually to receive,
to receive boundless happiness.

~ Master Cheng Yen ~



Use of Mindfulness Therapy in the Care for a Depressed Patient

Gui-Feng Lu¹, Yu-Ting Huang¹, Shiou-Yue Tzeng²

ABSTRACT

This paper is a nursing experience of using mindfulness therapy to care for a depressed patient with suicide idea. From 15 May 2020 to 08 July 2020, data was collected through observation, therapeutic talks and five levels of holistic care assessment. This data suggested the major mental health problems were potential risk of suicide, social interaction disorder and response disorder. By adopting a caring, accepting, empathetic and non-critical attitude, the author establishes a good therapeutic relationship with the patient and makes a nursing plan incorporating mindfulness therapy that is consistent with individual and holistic perspectives. Reduction in suicide idea and depression, and improvement in social interaction were achieved by guiding the patient's awareness and acceptance and improving response and focus. The patient was able to be successfully discharged from hospital and returned to the community. It is expected that this care experience will help to increase awareness and application of mindfulness therapy for depression care among clinicians. (Tzu Chi Nursing Journal, 2022; 21:2, 121-132)

Keywords: depression, mindfulness therapy, suicidal ideation

RN, Taipei Veterans General Hospital Taoyuan Branch¹; Head Nurse, Taipei Veterans General Hospital Taoyuan Branch²

Accepted: June 6, 2021

Address correspondence to: Gui-Feng Lu 4th Floor, No. 3, Lane 269, Changshou Road, Guishan District, Taoyuan City.

Tel: 886-3-3384889 #5210 E-mail: a0980575224@gmail.com