

## 照顧一位憂鬱症患者因應能力失調與自殺行為之護理經驗

盧淑敏<sup>1\*</sup>

### 摘 要

本文主旨在闡述一位低社會支持女性憂鬱症患者，面對負性生活事件，因應能力下降，繼而重複吞服安眠藥自殺行為之照護經驗。護理期間自 106 年 8 月 20 日至 106 年 9 月 10 日。筆者以尊重、接納、同理、傾聽及關懷的態度與個案建立治療性人際關係，藉由會談、觀察、團隊討論等技巧收集資料並進行整體性護理評估。確立主要的護理問題有因應能力失調和潛在性自我傷害。照護過程中維持原有藥物治療常規，特別針對因應能力失調提供評估與處置以及潛在性自我傷害之護理模式，實踐憂鬱症適切護理。使個案在住院期間能遵循醫療處置、改變思考模式、強化支持系統、降低焦慮情緒及肯定自我，提升壓力因應能力，進而降低自我傷害風險。筆者發現憂鬱症患者之護理，應及早覺察個案日常生活壓力對調適因應能力之影響，進而有效控制壓力誘發之焦慮情緒，使憂鬱症狀緩解改善，降低自我傷害之危險。期藉此個案照護經驗分享，實踐憂鬱症臨床護理知識內涵，提升個案照護品質。

**關鍵詞：**因應能力、憂鬱症、自殺、自傷

---

<sup>1</sup> 通訊作者：新生醫護管理專科學校專任講師，電子信箱：L5472@hsc.edu.tw

## 壹、前言

憂鬱症患者與日俱增，是一種反覆發病慢性失能的精神疾病 (Lin et al., 2018)。在歐美地區憂鬱症一年中發病率估計分別為3.6%、8%，鄰近的日本為2% (Bromet et al., 2011)。在臺灣社區中重度憂鬱症患者疾病緩解後，持續性憂鬱症終身復發發病率為15.2%，成為重度憂鬱症復發率則為28.2% (Vandeleur et al., 2017)。

罹病後會導致多種不良後果，除影響日常生活與職業功能，戒慎恐懼的是提高自殺風險造成死亡 (Kessler & Bromet, 2013)。世界衛生組織指出，全球有2.64億人罹患憂鬱症，是世界各地首要致殘原因，更是導致疾病負擔的重大因素，患者中女性居多，最主要的危險是可以引起自殺且每40秒就有一人自殺死亡 (世界衛生組織, 2021)。其次是造成疾病總體經濟社會資源重大負擔 (Mrazek, Hornberger, Altar, & Degtiar, 2014)。尤其憂鬱症患者面臨負性生活事件又缺乏支持資源，使壓力因應調適能力下降產生焦慮情緒，進而惡化憂鬱症狀，自殺死亡風險增加，而女性患者自殺風險更高於男性 (Park et al., 2015)。當今無論在國內、外，憂鬱症持續性照護是值得關注且重要的精神健康議題。

在科技與經濟快速躍進的時代中，憂鬱症治療以藥物和心理治療為主，以心理治療而言，波蘭和其他東歐國家，以短期心理動力學和認知行為療法來治療憂鬱症和焦慮症共病障礙，其效果顯著 (Suszek, Holas, Wyrzykowski, Lorentzen, & Kokoszka, 2015)。但必須在急性病情控制後合併進行心理治療，而許多研究也指出，認知行為治療對憂鬱症患者生活壓力事件因應能力、理性感知壓力與降低自殺風險是具有顯著效果的 (Asarnow, Hughes, Babeva, & Sugar, 2017; Guille et al., 2015; Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2015)。憂鬱症患者負面思考模式藉由認知行為治療獲得改善，減少患者痛苦和增強抗壓性，提升壓力因應能力，進而降低自殺風險 (Dunkley et al., 2017)。此外，整體性的社會支持一直都是憂鬱症的保護因子，臨床照護時須加以評估與關注，個案有好的社會支持系統，相對的能緩解病情負面的衝擊 (Huang et al., 2016)。故，藥物、心理治療、社會支持、因應調適能力、個人保護因子對憂鬱症的長期治療是關鍵影響因素。

然而在整個憂鬱症病程中復發仍然是一個重要問題，影響因素眾多且複雜，以危機處置的觀點而言，有文獻提到患病過程中日常生活壓力感知以及因應模式是影響病情重要的指標，能對特定壓力理性認知，展現理性認知應對模式較能連結正向情緒反應，降低負面感受，緩解憂鬱情緒，進而預防自我傷害 (Dunkley et al., 2017)。所以個案在住院期間應對其認知思考模式持續性監測，強化回歸社區後生活因應能力並連結社會資源降低自殺風險。

綜合以上所述，深知提升個案壓力因應能力與降低自殺風險是當今憂鬱症照護關鍵內涵，更是醫療體系與公共衛生刻不容緩之議題。為提升照護品質並且累積臨床實務知識，因而引發筆者探索憂鬱症患者自殺風險相關照護經驗撰寫動機。故本文闡述一位缺乏社會支持的女性憂鬱症患者，面對負性生活事件、屢次以吞服安眠藥自殺行為之照護經驗與反思。以提升憂鬱症群體福祉與照護品質，期望藉由照護經驗之分享，建構精神科護理學習的臨床知識與實務應用。

## 貳、文獻查證

憂鬱症所涉及之議題是廣泛且多元的，本文僅探索與本案例相關之文獻進行搜尋，以作為護理實務之參考依據，分兩部分敘述如下：

### 一、憂鬱症臨床議題

根據世界衛生組織的數據，全球有 2.64 億人罹患憂鬱症，是世界各地首要致殘原因，更是導致疾病負擔的重大因素，患者中女性居多，最主要的危險是可以引起自殺，每 40 秒鐘就有一人自殺死亡（世界衛生組織，2021）。公共衛生問題也顯示憂鬱症患者導致自殺行為是首要關注議題（Dong et al., 2018），更造成疾病總體經濟社會資源重大負擔。憂鬱症導致殘疾失能的嚴重度和死亡僅次於心臟病、中風和愛滋病，全球排名在第九位（Smith, 2014; Stringaris, 2017）。精神疾病診斷分類（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, DSM-5）對憂鬱症臨床症狀有明確的定義，有持續性憂鬱症、焦慮共病混合型以及特異性的嚴重情緒障礙（Uher, Payne, Pavlova, & Perlis, 2014; Zimmerman, 2017）。然而，Park 等人（2016）指出亞洲地區十個國家包含臺灣，這些憂鬱症患者出現長期悲傷、失去興趣、疲勞、失眠、注意力差、低自尊、食慾不振、內疚、自責並且使用情緒穩定劑及鎮靜安眠藥物，且有自殺想法到自殺行為者介於 12.8% 到 36.3%。而憂鬱症患者出院回到社區中，持續性憂鬱症的終身罹病率為 15.2%，而有 3.3% 會出現純粹心情惡劣的症狀，復發重度憂鬱症為 28.2%（Vandeleur et al., 2017），繼而有自殺的危險。世界衛生組織就指出憂鬱症最嚴重時，可引起自殺，每年有近 80 萬人因自殺死亡，全世界每 40 秒就有一人死於自殺，而自殺是可以預防的，也鼓勵和支持各國通過公共衛生途徑發展及加強預防自殺的措施和策略（世界衛生組織，2021）。Li 等人（2017）也指出目前憂鬱症的患病率和一個月的自殺率分別為 3.7% 和 2.3%，女性自殺的比值是男性的兩倍，且憂鬱症患者共病焦慮、自殺意念是出現自殺行為顯著危險因子。憂鬱症合併焦慮特徵其自殺未遂明顯多於無焦慮的（Sugawara et al., 2019）。綜合以上所述，預防發生自殺行為，對憂鬱症疾病緩解期照護更要評估影響復發相關危險因素，特別是憂鬱症合併焦慮情緒，需要持續管理與監控，以降低自我傷害發生。

在治療方面，治療憂鬱症是初級衛生保健的主要責任，憂鬱患者主要以藥物治療為主、心理治療為輔或兩者兼而有之。藥物治療作為第一線抗憂鬱治療，但上市抗憂鬱藥物的效果並不理想。以藥物而言，具有較高的療效，卻也有不良反應，甚至由於缺乏系統追蹤和遵從性差，治療的有效性可能受到限制（Vuorilehto, Melartin, Riihimaki, & Isometsa, 2016）。憂鬱症變得越來越嚴重，對人類的身心健康造成了極大的危害。然而，實務面觀察發現，憂鬱症患者其認知思考模式扭曲是導致負向情緒反應甚至出現自我傷害行為，倘若在日常生活事件壓力模式下更凸顯其危險性（Park et al., 2015）。有豐富的社會支持網絡對於憂鬱症個案是有效的保護因子，觀察人在整個生命週期中，支持來源各不相同，父母的支持在兒童和青少年中最為重要，而成年人和老年人更依賴配偶，其次是家庭，然後是朋友（Garipey, Honkaniemi, & Quesnel-Vallee, 2016）。然而，憂鬱症個案在其生命週期中似乎都是社會隔離和低社會支持，研究也證明在過去一年中與朋友和家人有高品質的社交聯繫則其憂鬱症程度降低（Werner-Seidler, Afzali, Chapman, Sunderland, & Slade, 2017）。其次，認知行為治療能改善憂鬱症患者

負面思考模式，減少患者痛苦和增強抗壓性，提升壓力因應能力，進而降低自殺風險 (Dunkley et al., 2017)。綜合上述，憂鬱症患者除能規則遵循醫療模式外，豐富的社會支持網絡、理性的認知模式皆能有效提升因應能力以及有效降低自我傷害行為。

## 二、憂鬱症護理處置與實務應用

根據憂鬱症臨床議題所述，憂鬱症患者在急性期住院中抗憂鬱藥物治療為主流，以降低自殺行為為主要醫療處置目標，進而在疾病緩解後仍持續性觀察預防自殺並且要強化個案壓力因應策略，強化理性認知思考模式，建構良好的治療效果。Asarnow等人 (2017) 也指出，一般治療策略有抗憂鬱症藥物、及認知行為心理治療可以改善認知直到病情穩定出院後，繼續門診追蹤與接受復健治療減少憂鬱症狀和復發。臨床護理人員在照顧個案的同時，憂鬱症自殺護理評估與處置是重要的知識與技能，特別是當個案處於日常生活壓力情境以及缺少社會支持時，對於潛在性自我傷害以及壓力因應能力失調護理評估與處置就顯的至關重要。憂鬱症之核心護理原則，包括整體性護理綜合評估、治療聯盟、社會支持、自我管理、心理治療和連續性追蹤護理，這些策略將優化憂鬱症的生活品質和獨立生活功能 (Lam et al., 2016)。也有一些護理實務指出，一個星期兩次漸進式肌肉放鬆療法干預措施連續四週，可降低焦慮在治療憂鬱症是有用的 (Lorent, Agorastos, Yassouridis, Kellner, & Muhtz, 2016)。由於憂鬱症患者和抽煙同時發生率很高 (Shoib & Buhidma, 2018)，所以照護憂鬱症個案的同時要規劃戒煙有關的護理衛生教育措施或替代療法，減少抽煙行為使治療成效更好。

此外，以護理照護實務面而言，自殺企圖後的幾個月內自殺復發率很高，自殺危機的管理屬於憂鬱症護理範圍，也是重要監測指標。故，特別是出院或者病情緩解的個案，基於「重新接觸」患者的護理監測策略，目前已經是精神科緊急危機後精神團隊小組積極進行的標準原則 (Simon, Mykolow, & Guyodo, 2017) 以降低自我傷害的風險。其次，在與個案接觸時，考量文化衝突因素，環境變遷對女性較多潛在影響，可能會出現自殺意識形態，所以面對環境變遷的女性個案更要建立更好的信任關係和治療性溝通 (Conard, Armstrong, Young, & Hogan, 2015)。

護理憂鬱症緩解者應涵蓋持續性結構化自我傷害護理評估與處置，住院期間鼓勵與陪伴個案參與團體治療活動，並於團體中予以正向回饋鼓勵，增加自我價值感，使個案降低自傷和自殺風險 (Mendes, 2015)。在憂鬱症患者中，個案的社會功能表現出嚴重的障礙，尤其是情感性層面的影響最大，而且憂鬱症狀緩解後的患者其社會功能受損，預示著2年後仍會出現憂鬱復發狀況 (Saris, Aghajani, van der Werff, van der Wee, & Penninx, 2017)。對於憂鬱症的護理提出「聯繫與關懷」和「責任與控制」，諸如此類情緒性護理非常重要，使個案感受到同理與關懷 (Hagen, Hjelmeland, & Knizek, 2017)。所以更要持續性連結支持系統與關懷成為護理實務面應重視的內涵策略。

因此，在臨床實務面未來要加強的護理實務經驗：對自殺未遂者的護理、成人緊急服務心理健康實務和精神健康方面的情緒性關懷與同理之教育需求應強化 (Fontao, Rodrigues, Lino, Lino, & Kempfer, 2018)。建構憂鬱症個案家庭支持系統內部資源，住院期間能建立家庭支持系統，增加自我價值感，面對家庭中的悲劇，評估家人關懷狀況，動員個案內部資源，執行護理和引導個案反思經驗 (Silva et al., 2018) 以強化個案正向經驗連結其支持網絡。再者，許

多國家的自殺率逐漸上升，自殺已經是一種危機管理模式，為了減少自殺人數，需要積極重視自殺個案的護理管理，如果對所有患者進行自殺風險評估，並且精神科護士提供有效的護理服務，並以治療性溝通技巧為中心，則可以預防一些自殺事件，以提高自殺護理的品質 (Sun, Long, Boore, & Tsao, 2005)。

### 三、憂鬱症與壓力因應

一般而言，有效的壓力因應模式對憂鬱症患者而言經常是缺乏的，進而導致病情惡化，是影響日常生活的重要因素，能妥適地選擇因應策略，往往是患者病情緩解成功因應的關鍵。然而，因應策略的選擇，影響因素眾多，其中以個人主觀因素及認知評估兩者為最主要。簡言之，因應類型可以分為投入 (approach)、逃離 (avoidance) 兩個方向，對應出以情緒為導向以及以問題為導向。若為投入導向則會訂計畫或調整認知尋求支持與協助，以問題解決為主。若為逃離導向則會否認問題的存在，責備自己且逆來順受，減少與人互動 (陳秀蓉、何雪綾、林淑圓、鄭逸如，2007)。

然而，陳秀蓉等人 (2007) 指出，有些個案也會出現因應不良，常見特性如下四種：第一種是主要因應型態並不適切於當時的情境。也就是說患者固執使用某些因應方法，無法隨著情境的需要而調整，某些個案藉著物質使用，例如抽菸喝酒等以逃避來面對，雖然逃開自己的情緒，而實際的情況卻沒有顯著的改善；第二種是因應壓力的資源不足，個案本身能力或者認知的限制，以至於社會支持之可近性與可及性匱乏；第三種是不當的壓力認知評估，對憂鬱症患者而言常見認知扭曲；第四種是可選擇的因應方法有限，越有彈性時，對壓力的因應越有幫助。針對以上論述有研究也指出憂鬱症與壓力應對策略之間的關係，在憂鬱症個案的因應策略以迴避應對策略最高，而針對問題的因應策略是最低的。憂鬱與迴避策略呈正相關，而與問題解決策略呈負相關，嚴重憂鬱症患者越是使用迴避策略，而無法進行問題的因應策略 (Nagase et al., 2009)。綜上所述，在進行護理評估與處置時，可針對這些方向進行收集資料與設計護理處置策略，以增加個案的因應能力，降低生活挫折，進而減少自我傷害的風險。

因此，本文即以探討有關自殺護理模式與壓力因應實踐相結合之護理策略為基礎，闡述一位女性憂鬱症患者，面對負性生活事件壓力因應失調，重複吞服安眠藥自殺行為之照護經驗，以提升憂鬱症群體福祉與照護品質，期望藉由照護經驗之分享，建構精神科護理學習的臨床知識與實務參考。

## 參、護理過程

### 一、個案簡介

#### (一) 基本資料

39歲女性，國中畢業，佛教信仰，23歲結婚。已離婚但仍與前夫同住，共同經營葬儀社鼓樂隊，主要語言為國語，自小個性內向退縮，家中排行老大，與前夫及2位女兒同住。本次住院診斷為重度憂鬱症 (major depressive disorder)。護理期間自106年8月20日至106年9月10日。

家庭圖譜如圖1：

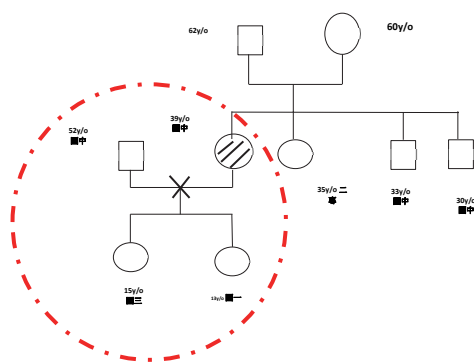


圖1 家庭圖譜

## (二) 個人疾病史及入院經過

個案自然產、生長發育正常，無生理疾病且無家族慢性病及精神病病史。16歲首次發病，出現長期心情低落、經常哭泣、失樂感、無價值感、失眠且容易焦慮，影響日常生活功能，診斷為重度憂鬱症，反覆進出醫院。現育有2女各為13、15歲，目前離婚仍與前夫共同經營葬儀社鼓樂隊，經濟不穩定近年來個案遇到生活壓力出現失眠、焦慮，則自行服用安眠藥幫助入睡及喝高粱酒來因應，106年中曾經有出現吞服過量安眠藥與喝酒而進入急診室三次。此次發病入院經過：106年7月個案與樂社男員工有染成為男女朋友，而該男又另結新歡已結婚，個案又與之藕斷絲連，個案又不斷與前夫吵架、女兒關係疏離、內心孤單寂寞又面臨欠債經濟壓力，幾乎每日抽長壽菸2包。而遂將門診一週的藥合併高粱酒一次吞服，送至某地區醫院急診病情緩解返家後又陸續出現喝酒服藥自殺行為，遂於106年8月18日至本院身心科門診就診，經醫師診斷為憂鬱症，住院治療。

## 二、護理評估

筆者自106年8月20日起護理個案，於護理期間運用治療性人際關係與會談技巧、活動觀察、幻聽會談評估指引、病歷參閱及行為觀察，依身體、情緒、智能、靈性及社會層面，進行五大層面整體性護理評估，確立個案護理問題。

### (一) 身體層面

一般外觀方面：神態平靜、漠然，住院期間個案服裝儀容適切，與病友接觸具有社交性微笑，對自己外表感到滿意。營養方面，身材矮小身高150公分，體重53公斤，BMI (body mass index)：23.5%，正常範圍之中。入院初期顯緊張焦慮、眉頭深鎖、被動會談，三餐食慾正常可進食二分之一院內餐點。自我照顧能力：能獨立執行，個案表示：「自己現在沒有女人味、老了沒有男人會喜歡她，自己也懶得化妝，但是喜歡香奈爾香水，反正這些對她都已沒有意義」。身體健康狀態：身體評估生命徵象穩定，無其他慢性病，生化、生理檢查皆正常。排泄方面：個案每日飲水量約2000ml，生活作息改變出現便秘情形，飲食衛教後已改善，泌尿排泄正常。睡眠方面：自入院當日有早醒性失眠問題，藥物Ativan 1#hs協助下，睡眠情形改善，夜眠持續達7小時，對目前睡眠品質感到滿意。活動方面：個案動作行為顯精

神性緊張焦慮，白天躺床居多，少與病友互動，病房團體活動在邀請下被動參與，參與時注意力及持續度尚可。整體評估後身體層面目前正常，但由於個案重複性自傷住院，需針對藥物治療持續評估與觀察。

## （二）情緒層面

個案病前性格內向、退縮，對自己要求嚴謹，有壓力不易向人訴說，長期心情低落以壓抑面對，表情呈現愁苦悶悶不樂。然而，在客觀的情緒方面，個案與他人互動時無眼神接觸，情感表現壓抑鮮少外露情緒，對自己負向評價，內射自己是罪有應得，不能怪別人，經常哭泣，對於憤怒情緒常壓抑很少表露，沒有喜樂的感覺。個案曾說道：「我是沒希望的、已經山窮水盡、無藥可救了、人生沒有意義、一點價值都沒有，真的很無能，活著還有意思嗎？腦中會反覆出現死了一切事情就回歸平靜了，吃藥睡著就不會痛苦了」。個案情緒層面評估出現無價值感，內射的罪惡感，專注力下降心情憂鬱，出現自我傷害意念。

## （三）智能層面

在智能評估包含知覺、認知、思考層面分述如下：（1）知覺方面：未出現障礙，沒有幻聽或幻視出現，亦無錯覺現象發生。（2）認知方面：判斷力、定向感、記憶力、抽象思考、計算能力、基本常識可正確回答。（3）思考過程方面：個案於會談中，思考過程較一般人遲緩，有眼神接觸注意力集中，談話內容連貫具邏輯思考，對問話可切題回應。（4）思考內容方面：有明顯的自殺意念，此次是經歷一段很長的自殺意念後，服用大量安眠藥物以及高粱酒實際付諸行動。個案自卑及無價值感的意念相當明顯，主訴：「自己覺得活著沒有什麼意義」。個案思考模式經常都以負向扭曲錯誤認知思想去解釋外在事件，常導致悲觀、憂鬱的心境，個案表示：「在自家鼓樂社中，雖不到十坪大的房子，但那是她的王國，自己是國王，員工們很尊敬她，員工都是以利益與她建立關係的，人潮散去自己是空虛、寂寞、孤獨，人前笑，人後悲苦無人知道」。個案也在期望目標的設定上會有不切實際的高標準，當達不到時經常感受到壓力、焦慮也不快樂。曾經說道：「自己一個人要撐起葬儀社鼓樂隊生意，必須讓每一個員工都很滿意，都喜歡這個老闆娘，必須讓每個人都喜歡自己，這樣才會快樂，自己才會高興，才不會輸給同行」。此外，個案會將單純事件的影響範圍過度延伸，出現過度類化現象。例如將自己童年的處境，延伸到認為將來不會有成就一輩子也翻不了身，被負向期待所影響，惡性循環的結果，更導致負向的自我認知。例如：「這次鼓樂隊有 1 人因轉換工作而要離職，個案則認為因為過去家庭環境關係，所以現在做任何事業都不會成功，員工會一個個藉機離開，自己是個失敗者」。智能層面評估個案呈現自動化思考，認知扭曲負向思考模式。

## （四）社會層面

自我概念：個案認為自己是個缺乏自信心的人，覺得自己很下流且自卑沒有用處，是個失敗的母親。自述對婚姻很後悔，這樣的人，一輩子不會有好結果，再怎麼努力，還是很慘沒有用的，找不到自我的價值定位，對自我相當否定，很想逃離到不認識自己的地方生活。人際互動：住院期間少主動表達自己的情緒與內心想法，鮮少與病友互動，被動參與團體活動，言談簡短表淺，講話速度慢，在病房中很少走動，經常坐在沙發雙手揉動，不會主動跟

人打招呼，即使在生活討論會也沉默不語，但若別人主動跟她講話則會回應，只是明顯話少且說話內容貧乏單調。家庭狀況：個案娘家家庭關係疏離且與弟妹感情疏離並不親，缺乏來自娘家的支持，在住院期間亦未來探視，個案表示：「弟妹間已經不相往來多年，也覺得沒有必要讓他們知道」。與前任丈夫的關係，夫妻經常吵架，情感疏離很少溝通，經常強烈衝突，已經離婚多年雖仍住在同屋子，但缺乏愛與情感支持，出現衝突糾葛與兩難，個案說：「我很認真工作，先生一句安慰的話也沒有，反而說是我自找的，真的是有話沒得講」。與兩位女兒相處也經常出現衝突，因工作關係採放任式教育，以致於關係更加惡化與疏離。與員工的互動關係：個案也曾表示：「我心情不好的時候就躲起來喝酒，女兒也沒有用，只好一個人喝酒要不然跟誰講」。綜合上述資料評估分析，社會層面功能不彰支持系統貧乏。

#### （五）靈性層面

人生觀方面：個案渴望經濟能獨立，能自己撐起整個鼓樂隊，不想麻煩朋友或家人，更希望能夠與員工繼續從事此工作，人生後輩子有依靠。信仰觀方面：個案從小在佛教家庭中長大，目前工作關係更虔誠信奉佛教。相信人有生死輪迴，經常會去廟裡拜拜，對目前生活還算滿意。自我超越感：個案目前對生命了無生趣，對任何事物皆失去興趣，覺得生命是苦難的事情，很想能早日解脫，每天都有處理不完的事情，一點快樂感都沒有，對自己的未來及人生都沒有什麼期望。靈性層面評估發現個案對自己呈現出無價值感，處於憂鬱狀態應持續預防自我傷害行為。

### 三、護理問題確立

經由五大層面整體性護理評估分析，由於個案是第三次重複住院，自殺危機期已渡過，但是重度憂鬱症患者最容易產生自殺成功的時機是緩解期，所以除規則藥物外，壓力因應失調致使再度自我傷害更是此期之重點。所以確立個案目前護理問題有：因應能力失調和潛在性自我傷害兩項主要健康問題。考量憂鬱症患者護理優先順序，住院期間以短期護理目標為主，進行相關護理措施如下：

表 1

因應能力失調：與缺乏適當的支持系統有關

主、客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S<sub>1</sub>：8月20日「我很認真工作，先生一句安慰的話也沒有，反而說是我自找的，真的是有話沒得講」。</p> <p>S<sub>2</sub>：8月20日「弟妹之間已經不相往來多年，也覺得沒有必要讓他們知道」。</p> <p>S<sub>3</sub>：8月20日「我心情不好的時候就躲起來喝酒，女兒也沒有用一個人喝酒要不然跟誰講」</p> <p>O<sub>1</sub>：8月20日：發現個案在住院期間情緒明顯愁苦、沮喪、消沈、悶悶不樂。</p> <p>O<sub>2</sub>：8月20日：處理情境危機如男友結婚、與前夫的衝突以及經濟負債壓力，都是以喝酒及吃藥來轉移壓力。</p> <p>O<sub>3</sub>：8月20日：與之會談提及兄弟姐妹，皆未來探視，個案顯得傷心難過。</p> <p>O<sub>4</sub>：8月25日：個案住院期間僅先生來探望一次，且不斷斥責個案是自己找的，怨不得人。</p>	<p>短期：</p> <p>1. 住院期間建立治療性同盟關係，不出現自傷行為並能學習新的壓力因應技巧，例如覺察自己認知思考模式以及尋求支持。</p> <p>2. 住院期間能協助個案連結可用之有效支持系統，例如女兒或親友。</p> <p>3. 住院期間能體現喝酒及服用過量安眠藥對生活造成的困擾。</p> <p>中長期目標：</p> <p>4. 病情緩解後，能持續規則服用藥物，並且能與女兒家人保持聯繫，情緒不穩能尋求協助。</p>	<p>1-1 以信任、同理、關懷、傾聽、接納與個案建立治療性關係。</p> <p>1-2 以治療性人際關係為基礎，每日固定陪伴與會談並與個案共同訂定明確不自我傷害的行為約定。</p> <p>1-3 與個案討論覺察自己扭曲認知思考模式，對個人情緒、行為的影響或找出自己有效可用的因應方法。</p> <p>2-1 協助個案覺察可用的情感性支持來源，討論安排女兒探訪意願與需求。</p> <p>2-2 促進個案與親友或醫療團隊之人際互動，分享彼此感受。</p> <p>3-1 鼓勵個案以言語表達其內在衝突與糾葛，減少喝酒與抽菸衝動行為。</p> <p>3-2 與個案討論喝酒及服用過量藥物對健康、角色、職業功能以及生活的影響。</p> <p>4-1 規劃於出院後能持續規則服用藥物與門診。</p> <p>4-2 能依據自己的狀況，安排規則與女兒出遊或家庭聚會活動，強化親情連結與支持系統。</p>	<p>1. 8月23日個案能主動尋求護理師表達其內心焦慮及煩躁的感覺。</p> <p>2. 8月24日個案能說出喝酒讓自己頭腦空空的反而會更糟糕。並且詢問：「能否請她女兒帶來自己喜歡的音樂」。</p> <p>3. 8月28日個案能於大廳中與其他病友一起跳早操，早上病房中職能治療活動時並主動與其他病友說出聽老歌的心情。</p> <p>4. 三班護理師觀察到個案，會規則服用藥物，無出現自我傷害行為，於白天會坐在大廳與隔壁病友互動。</p> <p>5. 表明音樂可緩解不安情緒，女兒前來探視一次且在活動室互動良好。</p>

表 2

潛在性自我傷害 / 與認知扭曲、因應能力支持系統缺乏有關

主、客觀資料	護理目標	護理措施	評估
S <sub>1</sub> : 8 月 20 日個案：「內心痛苦無處可談，目前對生命了無生趣，對任何事物皆失去興趣，覺得生命是苦難的事情，很想能早日解脫」。	短期： 1. 住院期間能接受且遵從藥物治療，緩解憂鬱症狀。	1-1 建立治療性護病關係，以溫暖、接納、同理、傾聽態度理解個案對服藥的感受，強化藥物治療遵從性。 1-2 密切觀察個案服藥之狀況，以緩解憂鬱症狀，降低自我傷害行為。	1. 8 月 24 日個案能對自己的護理師說出內心傷痛、無望的感覺。 2. 8 月 24 日個案於給藥時間會主動走到護理站吃藥，且說吃了藥之後心情比較不會胡思亂，但是腦子好像空空的。
S <sub>2</sub> : 8 月 20 日「現在做任何事業都不會成功，員工會一個個藉機離開，自己是失敗者」。	2. 住院期間不出現自我傷害行為。	2-1 持續性結構化自我傷害護理評估與處置，如簽訂不自殺行為契約。	3. 持續性自殺評估，截至 9/10 個案在住院期間沒有出現自傷行為。
S <sub>3</sub> : 8 月 20 日「必需要讓每一個員工都很滿意，都喜歡這個老闆娘，必須讓每個人都喜歡自己，這樣才會快樂，自己才會高興，才不會輸給同行」。	3. 住院期間能建立支持系統，增加自我價值感。 中、長期目標： 4. 依據個案病情緩解期程，個案於病情緩解後，能覺察自己思考僵化扭曲，珍愛自己發展彈性思考模式。	2-2 建立壓力因應策略，例如增加安眠藥物正確使用方法以及酒精類飲品的管控。 3-1 住院期間鼓勵與陪伴個案參與團體治療活動，並於團體中予以正向回饋鼓勵，增加自我價值感。 3-2 能透過結構化環境治療模式，強化個案自我價值感，提升自尊。 3-3 協助家庭支持資源的連結，以及閱讀書報文章。	4. 個案會如期參加心理師每週一次結構化認知治療團體，但是對於認知扭曲負向思考模式，改善有限，能夠瞭解負向認知模式對個人的影響，有覺察到自己無論如何做都無法令人滿意。而且女兒需要有人照顧，自己要自助才能人助。
S <sub>4</sub> : 8 月 20 日「我是沒希望的、已經山窮水盡、無藥可救了、人生沒有意義、一點價值都沒有，真的很無能，活著還有意思嗎？腦中會反覆出現死了一切事情就回歸平靜了，吃藥睡著就不會痛苦了」。	5. 結構化生活模式，引導個案建立符合自己的生活節奏與模式。	4-1 當病情穩定時，鼓勵個案說出對自己有效的因應方法，並且比較住院前後的改變，讓其了解負向思考模式對壓力因應的後果。 4-2 進入工作期治療性關係後，能透過結構化認知治療團體，逐步解構認知扭曲思考模式。	5. 9/2 個案說「壓力就是沒有做好自己的本分，逃避、喝酒一直想是沒有用的，事情總要一點一滴慢慢解決，這樣或許會有效果，願意試看看」。
O <sub>1</sub> : 個案曾經吞服安眠藥 50 顆並且飲紹興酒一瓶，3-4 次 / 一個月，急診三次本次是第四次。			
O <sub>2</sub> : 個案在言談之間屢次出現認知扭曲，負向思考模式如武斷推論。		5-1 與個案討論，建立符合自己當下的生活目標，如保守模式經營葬儀事業，規劃符合自己能力的事情，一步一步完成不要強求。	
O <sub>3</sub> : 個案反覆出現內射防衛機轉，無價值無望感。			

## 肆、討論與結論

本文描述一位女性憂鬱症患者，面對壓力合併焦慮情緒，屢次以吞服安眠藥自殺之護理評估與處置經驗。照護期間考量個別性與優先性護理需求面，本案例主要以因應能力失調和潛在性自我傷害兩項護理問題優先進行處置。以下針對本次實踐照護現況進行如下討論：

從精神衛生初級保健角度觀察，憂鬱症患者照護關鍵問題包括：治療緩解後危險評估、識別高危險因素、藥物治療和副作用的管理、心理治療、軀體治療、預防疾病復發的方法，提供必要的社會支持，以及整個治療階段護理追蹤(Cameron, Habert, Anand, & Furtado, 2014)。本案例是一位重複發病的中年女性，所以基於以上文獻指示優先改善上述內涵，預後會比較好。評估其發病經過符合以上護理照護的條件，因此及早啟動精神科整體性照護以降低其自殺風險，依循治療方針本個案的病情改善顯著。但由於本個案在社會支持情緒層面較為缺乏，與家人關係疏離，又承擔家庭經濟，這確實是大的危險誘發因素，所以未來在照顧此類個案時，應針對家庭情緒性層面的支持進一步連結社區資源，進行持續性追蹤與關懷。此外，針對嚴重女性憂鬱症患者，深入評估自殺風險，不僅只是需要涉及負面的生活事件和不好的社會支持(Park et al., 2015)。在身體層面上，患有憂鬱症或焦慮症的患者出現睡眠不佳和嚴重的頭痛(Wei et al., 2016)。頭痛會使認知功能下降，窄化壓力因應能力激發焦慮反應，影響日常生活工作，焦慮、憂鬱精神症狀則更嚴重，提高自我傷害的風險(Lee, Kang, & Cho, 2017)。其次是由於憂鬱症患者和抽煙同時發生率很高(Shoab & Buhidma, 2018)，所以照護憂鬱症個案的同時要規劃戒煙有關的護理衛生教育措施或替代療法，減少抽煙行為使治療成效更好。但是本個案住院初期雖有抽菸，但未深入評估抽菸是否為因應逃避行為，建議未來要關注到此方面的健康議題，並深入探討身體症狀頭痛的表現以及抽煙對憂鬱或焦慮的影響，開發特定的護理照護措施，以減少自我傷害的風險。再者，肌肉放鬆療法可緩衝焦慮，對憂鬱症治療有效(Lorent, Agorastos, Yassouridis, Kellner, & Muhtz, 2016)，且簡單易學，未來可以教導個案這些自我照護的策略，落實在日常生活中可減低焦慮改善憂鬱，進而降低自我傷害的危險。

本報告發現有以下的限制，提出反思作為爾後照護精神個案的參考。研究指出，對憂鬱症患者的心理層面壓力、情緒負荷對生活品質產生極大的挑戰和耗竭(Yang et al., 2015)。本次護理中雖有提供患者心理支持、關懷與衛教指導，護理過程中卻鮮少引導情緒表達及宣洩，爾後要進一步探討患者心理的負荷與情緒感受，期透過個別或團體情緒壓力抒解治療活動，抒解內在心理壓力提升生活品質。此外，身體活動和睡眠與憂鬱和焦慮障礙有關，建議未來可以運用健康科技，簡單腕戴式活動記錄儀測量個案活動，非侵入性的健康管理策略進行 24 小時客觀評估(Difrancesco et al., 2018)，進一步提升活動量降低憂鬱程度。

本次照護過程以一般憂鬱症照護基礎進行，忽略個案提出有關性生活隱諱的主訴，性生活品質對許多人來說很重要，卻也是難以啓齒的問題，本個案是育齡婦女應有正常性生活，性生活不良的人憂鬱程度較高，服用的藥物較多，無論年齡大小(Steinke, Mosack, & Hill, 2018)，建議未來所有患者都應定期評估憂鬱症藥物對性活動的興趣和參與情況。由以上得知憂鬱症自殺危機管理模式包含「聯繫與關懷」和「責任與控制」，今後情緒性護理的努力非常重要(Hagen et al., 2017)。Simon等人(2017)也指出「重新接觸」憂鬱症患者的護理監測策略是危機後精神團隊小組應積極進行的。再者，憂鬱症患者通常有一定程度的防衛心以及

內射的防衛機轉，而本報告針對女性患者執行自殺相關護理處置時發現，個案防衛心更為強烈且敏感，以致於在進行會談時出現抗拒現象，針對此問題建議未來面對女性個案在會談時，可再深化治療性關係的建立以及治療性環境維持，使個案感受到安全、被同理、被接納，以提升女性憂鬱症患者照護品質。本案例因照護時間短暫，未能繼續追蹤，建議爾後應持續追蹤至少六個月，護理憂鬱症個案，應覺察其續發憂鬱症狀導致自我傷害護理問題，提供個別及人性化之護理措施，進而穩定疾病症狀，提升個案生活品質。

綜合以上所述，我們發現照顧一位憂鬱症患者因應能力失調與自殺行為之護理策略，應繼續門診追蹤與評估藥物遵從度，減少憂鬱症狀和復發。憂鬱症之核心護理原則，包括整體性護理綜合評估、治療聯盟、社會支持、自我管理、心理治療和連續性追蹤護理，這些策略將優化憂鬱症的生活品質和獨立生活功能。臨床護理人員在照顧個案的同時，憂鬱症自殺整體性護理評估與處置是重要的知識與技能，特別是當個案處於日常生活壓力情境以及缺少社會支持時，對於潛在性自我傷害以及壓力因應能力失調護理評估與處置就顯的至關重要。本個案於住院期間能遵從醫療處置，能覺察自己負向思考模式、尋求現有的社會支持資源，進而提升壓力因應能力，住院期間並未出現自殺或自傷行為，症狀緩解出院，同時也增加疾病健康識能。本文藉由此經驗分享，累積臨床知識並作為精神科護理學習的認識與照護之參考。

## 參考文獻

- 世界衛生組織 (2019 年 12 月 4 日)。憂鬱症。取自 <https://www.who.int/zh/news-room/factsheets/detail/depression>
- 陳秀蓉、何雪綾、林淑圓、鄭逸如 (2007)。身心壓力的因應。臺灣家庭醫學研究, 5 (2), 53-60. doi: 10.29475/tfmr.200704.0001
- Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(6), 506-514. doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.015
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., . . . Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine, 9*(1), 90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90
- Cameron, C., Habert, J., Anand, L., & Furtado, M. (2014). Optimizing the management of depression: Primary care experience. *Psychiatry Research, 220 Suppl 1*, S45-57. doi: 10.1016/s0165-1781(14)70005-8
- Conard, P. L., Armstrong, M. L., Young, C., & Hogan, L. M. (2015). Nursing advocacy for women veterans and suicide. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 53*(3), 24-30. doi: 10.3928/02793695-20150220-01
- de Lorent, L., Agorastos, A., Yassouridis, A., Kellner, M., & Muhtz, C. (2016). Auricular acupuncture versus progressive muscle relaxation in patients with anxiety disorders or major depressive disorder: A prospective parallel group clinical trial. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies, 9*(4), 191-199. doi: 10.1016/j.jams.2016.03.008
- Difrancesco, S., Zipunnikov, V., Schoevers, R. A., Riese, H., Antypa, N., Penninx, B. W. J. H., . . . Lamers, F. (2018, Oct). *Gross motor activity patterns in depression and anxiety*. Paper presented at the 2018 IEEE 14th International Conference on e-Science (e-Science). doi: 10.1109/eScience.2018.00053
- Dong, M., Wang, S. B., Li, Y., Xu, D. D., Ungvari, G. S., Ng, C. H., . . . Xiang, Y. T. (2018). Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 225*, 32-39. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.043
- Dunkley, D. M., Lewkowski, M., Lee, I. A., Preacher, K. J., Zuroff, D. C., Berg, J. L., . . . Westreich, R. (2017). Daily stress, coping, and negative and positive affect in depression: Complex trigger and maintenance patterns. *Behaviour Therapy, 48*(3), 349-365. doi: 10.1016/j.beth.2016.06.001

- Fontao, M. C., Rodrigues, J., Lino, M. M., Lino, M. M., & Kempfer, S. S. (2018). Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *The Brazilian Journal of Nursing (Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn)*, 71(5), 2199-2205. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0219
- Garipey, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallee, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293. doi: 10.1192/bjp.bp.115.169094
- Guille, C., Zhao, Z., Krystal, J., Nichols, B., Brady, K., & Sen, S. (2015). Web-Based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: A randomized clinical trial. *American Medical Association Psychiatry*, 72(12), 1192-1198. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1880
- Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Relational principles in the care of suicidal inpatients: Experiences of therapists and mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 99-106. doi: 10.1080/01612840.2016.1246631
- Huang, W. L., Chen, T. T., Chen, I. M., Ma, H. M., Lee, M. T., Liao, S. C., & Gau, S. F. (2016). Depression and anxiety among patients with somatoform disorders, panic disorder, and other depressive/anxiety disorders in Taiwan. *Psychiatry Research*, 241, 165-171. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.008
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119-138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Lam, R. W., McIntosh, D., Wang, J., Enns, M. W., Kolivakis, T., Michalak, E. E., . . . Ravindran, A. V. (2016). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. disease burden and principles of care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 510-523. doi: 10.1177/0706743716659416
- Lee, S. H., Kang, Y., & Cho, S. J. (2017). Subjective cognitive decline in patients with migraine and its relationship with depression, anxiety, and sleep quality. *The Journal of Headache and Pain*, 18(1), 77. doi: 10.1186/s10194-017-0779-1
- Li, H., Luo, X., Ke, X., Dai, Q., Zheng, W., Zhang, C., . . . Ning, Y. (2017). Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at several general hospitals in a Chinese Han population. *PLoS One*, 12(10), e0186143. doi: 10.1371/journal.pone.0186143
- Lin, J. Y., Huang, Y., Su, Y. A., Yu, X., Lyu, X. Z., Liu, Q., & Si, T. M. (2018). Association between perceived stressfulness of stressful life events and the suicidal risk in Chinese patients with major depressive disorder. *Chinese Medical Journal (Engl)*, 131(8), 912-919. *Chinese Medical Journal (Engl)*, 131(8), 912-919. doi: 10.4103/0366-6999.229898

- Mendes, A. (2015). Being equipped to care for patients at risk of self-harm and suicide. *The British Journal of Nursing*, 24(15), 787. doi: 10.12968/bjon.2015.24.15.787
- Mrazek, D. A., Hornberger, J. C., Altar, C. A., & Degtiar, I. (2014). A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996-2013. *Psychiatric Services*, 65(8), 977-987. doi: 10.1176/appi.ps.201300059
- Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S., . . . Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Research*, 168(1), 57-66. doi: 10.1016/j.psychres.2008.03.024
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107 e2. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.009
- Park, S. C., Lee, M. S., Hahn, S. W., Si, T. M., Kanba, S., Chong, M. Y., . . . Park, Y. C. (2016). Suicidal thoughts/acts and clinical correlates in patients with depressive disorders in Asians: Results from the REAP-AD study. *Acta Neuropathologica*, 28(6), 337-345. doi: 10.1017/neu.2016.27
- Park, S., Hatim Sulaiman, A., Srisurapanont, M., Chang, S. M., Liu, C. Y., Bautista, D., . . . Hong, J. P. (2015). The association of suicide risk with negative life events and social support according to gender in Asian patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 228(3), 277-282. doi: 10.1016/j.psychres.2015.06.032
- Saris, I. M. J., Aghajani, M., van der Werff, S. J. A., van der Wee, N. J. A., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(4), 352-361. doi: 10.1111/acps.12774
- Shoaib, M., & Buhidma, Y. (2018). Why are antidepressant drugs effective smoking cessation aids? *Current Neuropharmacology*, 16(4), 426-437. doi: 10.2174/1570159x15666170915142122
- Silva, L., Afonso, B. Q., Santos, M. R. D., Baliza, M. F., Rossato, L. M., & Szylit, R. (2018). Care for families after suicide loss: Nursing academic experience. *The Brazilian Journal of Nursing (Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn)*, 71(5), 2206-2212. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0445
- Simon, H., Mykolow, G., & Guyodo, J. (2017). The nursing care of a suicidal patient. *Soins*, 62(814), 44-46. doi: 10.1016/j.soin.2017.02.010

- Smith, K. (2014). Mental health: A world of depression. *Nature*, *515*(7526), 180-181. doi: 10.1038/515180a
- Steinke, E. E., Mosack, V., & Hill, T. J. (2018). Depression, quality of life, physical activity, and the impact of drugs on sexual activity in a population-based sample, ages 20-59 years. *Issues in Mental Health Nursing*, *39*(6), 527-532. doi: 10.1080/01612840.2017.1413463
- Stringaris, A. (2017). Editorial: What is depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(12), 1287-1289. doi: 10.1111/jcpp.12844
- Sugawara, H., Tsutsumi, T., Inada, K., Ishigooka, J., Hashimoto, M., Takebayashi, M., & Nishimura, K. (2019). Association between anxious distress in a major depressive episode and bipolarity. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 267-270. doi: 10.2147/ndt.s188947
- Sun, F. K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. I. (2005). Suicide: A literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*(4), 447-455. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00863.x
- Suszek, H., Holas, P., Wyrzykowski, T., Lorentzen, S., & Kokoszka, A. (2015). Short-term intensive psychodynamic group therapy versus cognitive-behavioral group therapy in day treatment of anxiety disorders and comorbid depressive or personality disorders: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *16*, 319. doi: 10.1186/s13063-015-0827-6
- Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., & Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress and Anxiety*, *31*(6), 459-471. doi: 10.1002/da.22217
- Vandeleur, C. L., Fassassi, S., Castelao, E., Glaus, J., Strippoli, M. F., Lasserre, A. M., . . . Preisig, M. (2017). Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community. *Psychiatry Research*, *250*, 50-58. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.060
- Vuorilehto, M. S., Melartin, T. K., Riihimaki, K., & Isometsa, E. T. (2016). Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: Low intensity and poor adherence and continuity. *Journal of Affective Disorders*, *202*, 145-152. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.035
- Wei, C. B., Jia, J. P., Wang, F., Zhou, A. H., Zuo, X. M., & Chu, C. B. (2016). Overlap between headache, depression, and anxiety in general neurological clinics: A cross-sectional study. *Chinese Medical Journal*, *129*(12), 1394-1399. doi: 10.4103/0366-6999.183410
- Werner-Seidler, A., Afzali, M. H., Chapman, C., Sunderland, M., & Slade, T. (2017). The relationship between social support networks and depression in the 2007 national survey of mental health and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(12), 1463-1473. doi: 10.1007/s00127-017-1440-7

Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The effects of psychological stress on depression. *Current Neuropharmacology*, 13(4), 494-504. doi: 10.2174/1570159X1304150831150507

Zimmerman, M. (2017). Measures of the DSM-5 mixed-features specifier of major depressive disorder. *CNS Spectrums*, 22(2), 196-202. doi: 10.1017/s1092852916000857

# The Experience of Nursing for a Patient with Depression in Coping Dysfunction and Suicidal Behavior

Shu-Min Lu<sup>1\*</sup>

## Abstract

The experience of a female depression patient, who with low social support faced negative life events and decreased coping ability response to suicide by overdose. The author establishes therapeutic interpersonal relationships with the case in an attitude of respect, acceptance, empathy, listening and caring, and uses techniques such as interviews, observations, and team discussions to collect data and conduct holistic nursing assessments to establish nursing problems. The caring period of time was from August 20 to September 10, 2017. The main health problems in nursing are coping ability imbalance and potential self-harm. Maintain the original drug treatment routine during the care process, practice the depression care model, and provide appropriate care. During the hospitalization, the case can follow medical treatment, change the thinking mode, strengthen the support system, reduce anxiety and affirm self, improve stress response ability, and reduce the risk of self-harm. The author found that the nursing care of patients with depression should be aware of the impact of the individual's daily life stress on the ability to adapt and respond, so as to effectively control the anxiety induced by stress, relieve and improve depression symptoms, and reduce the risk of self-harm. This nursing experience, we hope to share the experience of case care, practice the connotation of clinical nursing knowledge for depression, and improve the quality of case care.

**Key words:** Coping Ability, Depression, Suicide, Self-harm

---

<sup>1</sup> Communication author, Instructor, Hsin Sheng Junior College of Medical Care and Management, e-mail: L5472@hsc.edu.tw