

照顧一位青少年網路遊戲成癮合併自殺的護理經驗

謝易耘、林文綾、曾蕙美

臺中榮民總醫院 精神病房

摘要

本文描述一位13歲青少年因偏差認知、人際互動障礙且沉迷手機遊戲後，家屬又缺乏照護技巧，導致個案日夜顛倒、輟學且合併自殺及暴力衝動行為之護理經驗。照護期間自2018年6月26日至2018年7月21日，藉由參與照護、實際觀察、病歷查閱、治療性會談及精神科五大層面評估，以傾聽、同理及友善接納的態度，主動與個案建立治療性人際關係，確立護理問題：一、潛在危險性暴力行為：自我傷害及傷害物品；二、無效性因應能力；三、社交互動障礙；四、照顧者知識不足；五、睡眠型態紊亂。運用教導因應法如：畫圖、撕紙等，轉移注意力並改善衝動行為；以行為修正法（Behavioral Modification）增強自我管理及控制技巧，引導家屬與個案共同製作「戰勝網路成癮小手冊」；以認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）矯正偏差認知；以減少傷害療法（Harm Reduction Therapy, HRT）強化興趣增強信心，增加合宜的人際互動技巧，安排家族會議協助家屬共同介入，增強家屬照護技巧，進而改善個案面對壓力之因應方式，並促進正向親子關係。希望藉由此次的分享照護經驗，提供日後護理人員照護類似個案之參考。（澄清醫護管理雜誌 2020；16（2）：64-73）

關鍵詞：青少年、網路遊戲成癮、自殺

通訊作者：曾蕙美

通訊地址：臺中市西屯區臺灣大道四段1650號

E-mail：d890505@gmail.com

受理日期：2019年07月；接受刊載：2019年11月

前言

網路興起及智慧型手機的普及，使得網際網路的需求增加，因此依賴的程度也越來越高，根據研究統計指出，從2009年7月至2017年10月，無線上網率已增加至75.1%，而使用無線上網看影片、聽音樂或玩遊戲等娛樂部份，在15-19歲占88.2%且高於其他年齡層[1]。過度使用網路容易妨礙職業、學業、社交、家庭、財務之發展與生理功能減弱，且造成時間管理、心理受損等問題[2,3,4]。

青少年容易因過度上網而影響到人際關係、身心健康、學業成績及職業表現等，甚而有物質成癮、憂鬱、自殺、衝動行為、人格疾患及社交畏縮等伴隨精神疾病現象[2,5]。本文個案為一位青少年因沉迷網路電玩，除導致日夜顛倒、輟學、甚至出現自殺及暴力行為，家屬也束手無策，因此，如何提供照護，是目前需被重視的議題，故引發筆者深入探討的動機，期望協助個案及家屬早日回歸正常生活返回校園，逐漸減少使用網路時間。

文獻探討

一、網路遊戲成癮的診斷與因素

「網路遊戲成癮」（Gaming Disorder）即俗稱的「電玩成癮」或「網路成癮」，於2018年世界衛生組織已正式將網路遊戲成癮列為心理疾病，其特徵是指持續或經常於上線（或離線）的遊戲行為，在判斷標準有：（一）玩遊戲失去控制（如頻率、強度、時間）；（二）遊戲的重要性高於日常生活；（三）導致負面影響後，仍選擇繼續玩遊戲。且連續出現12個月，嚴重影響家庭、社交、學業、

工作 [6]。青少年發生原因可能有低自尊、無聊感、自我認同困惑、家庭功能不佳、同儕疏離、課業等壓力。在面臨壓力時易有以偏概全、災難化思考和負面的信念等因應方式，而傾向用上網行為逃避現實 [7,8,9]。

二、青少年網路遊戲成癮的治療與家庭功能

學者回顧青少年網路遊戲成癮治療的結果提到，藉由合併使用認知行為及藥物治療，可增加治療效果 [10]。另有學者提出運用行為修正法 (Behavioral Modification) 控制上網技巧、認知行為治療 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) 重組不良認知、減少傷害療法 (Harm Reduction Therapy, HRT) 察覺和處理問題等三策略，可治療並預防網路遊戲成癮再復發 [11]。

「行為修正法」是一種改變行為的技巧，即教導個案學習逐漸減少上網時間，如：訂出每天合理時段或時數；每半小時休息 15 分鐘；休息或假日時暫停使用，安排真實人際、休閒活動；充足睡眠；半小時或一個小時看一次手機的頻率；在學校、家庭、社交活動時暫時不看手機，尊重對方 [3,10]。執行過程需了解個案及家屬之期望、共同討論執行方法及目的，取得醫療團隊共識後共同擬定目標及行為增強物給予標準，訂定行為約定及個別性護理目標 [12]。

「認知行為治療」即重組個案適應不良的認知，進行原則為 (一) 穩定治療同盟關係；(二) 協助監測自己的想法，找出及駁斥負向自動化思考，引導矯正偏差的認知；(三) 發展正向思考模式，用不同角度看待後再評價；(四) 運用不同技巧改變想法、情緒與行為。治療過程可使用「認知不良功能記錄表」輔助 [13]。

「減少傷害療法」即協助個案察覺導致網路遊戲成癮的問題，進而產生改善動機，可能包括個人、社會、情境或工作等壓力，發展有效的壓力管理技巧及改變計劃，並加以執行，如缺乏自信、害怕與人進行社會互動，因擔心在真實人際關係中受挫，藉由沉溺於網路以逃避生活中的不適應與壓力，因此除了營造接納與支持的人際環境，並透過學習人際互動，增強自尊及自信 [14]。另外，家庭可從旁協助青少年遠離網路使用，如發展其他興趣來取代；

了解與參與使用狀況、適切對於網路相關知識與青少年流行話題涉略，能有共同話題，進而引導其正確使用網路；協助發展其他休閒娛樂活動，如家庭出遊、運動類、人際關係與自尊提升類之活動，藉此發展正向興趣，抒發自我壓力並滿足自我相關需求，以降低對網路之依賴 [15]。

三、青少年的自殺與護理

自我傷害行為是青少年嚴重的偏差問題，過度上網有較高比例的自殺企圖及意念 [6,16,17]。照護首要移除個案身上危險的物品，與其訂定不自殺安全契約，協助採取非自傷方式宣洩情緒，鼓勵若出現自傷衝動時，主動尋求護理人員協助 [18]。以不批判的態度耐心傾聽且同理感受，協助其認識自我、探索認同，肯定好的部份，避免當面指責、質問，使其感受到真實關心 [19]。

護理過程

個案簡介與病史

楊先生，13 歲未婚男性，就讀某國中一年級，自然產，發展無特殊異常，無家族精神病史。與祖父母、父母同住，排行老么，有一位哥哥，國小學業成績表現中等之下，個性內向，在校與同儕相處互動差，與家人關係尚好。平時即有玩手機習慣，但尚可自控，2017 年 6 月開始沉迷網路遊戲，且拒絕上學，經由校方轉介至輔導中心及外院身心科求診，但狀況時好時壞。此次於 2018 年 6 月 26 日因父母欲限制其玩電玩而出現欲跳樓、拿美工刀割腕的自殘行為由家屬帶至本院門診，當時無法配合與醫師訂定行為約定，建議住院治療時，情緒激動，用頭撞桌子、咬自己雙手的失控行為，安排由警衛協助，強制帶至病房住院治療，入院診斷為適應障礙及網路遊戲成癮。

一、身體層面

外觀乾淨，表情自然，言談可切題回應，日常生活可自理。入院時身高 165 公分，體重 60 公斤，身體質量指數 (BMI) =22kg/m² 屬正常範圍。平時三餐皆外食，住院期間每餐進食餐盒約 2/3，食慾尚可，有吃零食習慣。尿液顏色黃、自解順暢，每日飲水量約 1,500ML，解糞便約一天至三天一次，黃顏色中量。平時未上學時白天喜歡玩手機遊戲 12 小時以上，作息日夜顛倒，上學期間手機每日使用

4 小時。入院後 6/26-6/28 夜間睡眠時數平均 4-5.5 小時，白天精神倦怠，6/29 開始依醫囑給予 Silence 1mg 一顆口服睡前使用，對職能活動參與度低，偶可短暫於床上畫畫。無使用香菸、咖啡、酒精等物質情形。無特殊內外科疾病，心電圖、X 光檢查正常，活動步態平穩，評估此項有「睡眠型態紊亂」護理問題。

二、情緒層面

6/26 自門診推床入病房，因言語攻擊、哭泣、情緒激動無法自控，雙手有多處咬痕，依醫囑帶至保護室四肢及身體約束，並給予 ANxicam (2mg) 1AMP IM 及 Binin-U (5mg) 1AMP IM。對父母多要求且未符合期待時以哭泣、威脅、自傷、破壞物品等表達，6/27 訴：「頭是自己撞的，因為在家裡自殺」、6/28 將書本撕爛、眼鏡折壞、眼鏡塑膠鏡片掉落、6/28 案母訴：「他又在發脾氣了，吵著要買手機，不然要死給我們看」、6/28 訴：「要媽媽買手機給我，她說不能，他們離開病房我才撕書、折眼鏡」、6/29 訴：「跟同學學的（指自傷行為），覺得很帥」整體情感表達與主訴內容一致。評估有「潛在危險性暴力行為：自我傷害及傷害物品」護理問題。

三、智能層面

認知功能正常，無知覺或思考障礙。可配合服藥，但偶要求出院，病識感方面知道因為傷害自己且一直上網而住院。在生活壓力因應上，多自動化思考，如「眼鏡破了，爸爸說不想來，家裡種的葡萄比較重要」、「同學說手機被沒收都是我害的」且多以哭鬧及逃避方式處理，少與他人傾訴，一旦爆發容易傷害自己，常以割腕或吞藥來逃避問題，無法採用正當宣洩壓力的管道及正向方式去面對壓力問題，談及事件發生原因會將責任歸咎他人，合理化自我行為，以逃避方式面對甚至自傷威脅，多負向言談，自我中心。評估此項有「無效性因應能力」護理問題。

四、社會層面

(一) 自我概念：未有崇拜的人，常覺不如哥哥聰明，比哥哥笨，6/29 訴：「爸媽覺得哥哥比較聰明，所以比較喜歡他不喜歡我」自我概念欠佳。(二) 人際關係：個性屬內向、溫和，平常在家多藉由網

路與他人互動，6/26 訴：「我不知道怎麼可以交朋友」、6/26 訴：「在家都玩神魔，RPG 冒險，網路可以交很多朋友」求學過程與同儕相處易有衝突且關係欠佳，使得沉迷手機加劇，而無法維持學業，甚至不願上學，6/27 訴：「我在學校被霸凌，同學覺得好玩就脫我褲子，我不想跟他們玩」；住院期間與特定同性病友關係過於親密、不合宜互動，頻出現親密肢體接觸及行為（坐於對方大腿、親臉頰、看對方洗澡），並贈予對方零食。評估有「社交活動障礙」護理問題。(三) 家庭狀況：與祖父母、父母及哥哥同住，家人探視時互動良好，與案母關係親密、依賴、會與其摟抱；因個案常把物質上的享受拿來跟哥哥比較，認為父母不公平，因此兄弟關係普通，但家人尚可提供情緒支持。自小父母管教多採取順從、放任態度，當有要求即會給予滿足，不曾給予懲罰，父母表示剛開始覺得給個案使用手機是種情緒宣洩，故未多予規範，未料最後卻引發問題行為，雖試圖限制但效果不佳，6/28 案母訴：「想說讓他玩（手機）沒關係，也是種情緒宣洩，也不知道會變這樣」、6/28 案母訴：「不給他玩就生氣、鬧脾氣，一天到晚說死給我們看」。家中農地自營葡萄種植，雖忙於工作但仍會維持 2-3 天探視，未有經濟上的困難，評估有「照顧者知識不足」護理問題。(四) 角色功能：為家中次子、學生、病人角色。做為兒子目前尚無經濟能力，故未承擔照顧父母責任，但可表示因網路成癮及自傷行為讓父母擔憂；學生角色方面因適應問題無法就學，訴：「不想去學校，跟同學不好」；在病人角色則可遵守病房規則，期待快點出院，評估此項正常。(五) 文化及環境因素：個案父母對於小孩管較較為溺愛，少有責備，多能滿足小孩要求；居住環境離學校近，評估此項正常。

五、靈性層面

(一) 人生觀：對未來未有期許及明確規劃，對人生态度較為消極，且常會因不滿父母管教而導致雙方爭執，並以自傷威脅。評估有「無效性因應能力」護理問題。(二) 信仰觀：無特別宗教信仰，覺得信仰對自己沒幫助，但偶爾會跟著家人至廟宇拜拜，經評估此項正常。

護理問題與措施

經由護理評估，確立主要護理問題依序為：一、潛在危險性暴力行為：自我傷害及傷害物品；二、無效

性因應能力；三、社交活動障礙；四、照顧者知識不足；五、睡眠型態紊亂。因文章篇幅限制，睡眠型態紊亂於服藥後可改善，故僅摘錄前四項健康問題呈現。

(一) 潛在危險性暴力行為：自我傷害及傷害物品/與衝動控制差有關 (6/26-7/21)

主客觀資料	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 6/27 訴：「頭是自己撞的，因為在家裡自殺」。 6/28 訴：「要媽媽買手機給我，她說不能，他們離開病房我才撕書、折眼鏡」。 6/28 案母訴：「他又再發脾氣了，吵著要買手機，不然就死給我們看」。 6/29 訴：「跟同學學的（指自傷行為），覺得很帥」。 <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 6/26 入院時哭泣、情緒激動無法自控，雙手多處的自傷咬痕。 6/28 將書本撕爛、眼鏡折壞、眼鏡塑膠鏡片掉落。
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 短程：一週內可表達自我感受。 中程：二週內可發展出適當合宜因應方式。 長程：三週內無出現自傷及暴力行為。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 自我介紹，以同理、不批判態度與其接觸，建立治療性人際關係，予關懷及支持。 予陪伴、傾聽，鼓勵說出自傷想法及原因，從衝突事件討論當下感覺及行為，促進情感表達，並引導個案看出不合宜的壓力因應（選擇自傷、自殺）。 每 30 分鐘探視評估情緒及行為表現，是否出現衝動行為及自傷徵兆。 移除危險物品，必要時安全檢查，提供非威脅性治療環境。 6/26 依醫囑給予 ANxicam (2mg) 1AMP IM 及 Binin-U (5mg) 1AMP IM 並保護性四肢約束。 若出現暴力或自傷行為時，依醫囑保護性四肢約束，給予鎮靜劑緩和激動情緒。 6/28 教導轉移技巧，指導察覺負向情緒時，主動尋求護理人員或信任的親友傾訴。 6/29 與醫療團隊一同和個案訂定不傷害自己行為約定（維持一週可自控情緒、未有自傷及衝動行為，由醫療團隊評估後，依醫囑週末可由家人帶外出 8 小時），共同討論執行方法及目的。 7/2 教導個案了解不適當之因應方式造成的後果，分析其行為對自身及他人影響。 7/2-7/3 引導個案能具備「自我傷害不能解決問題」的觀念，與個案討論替代自傷行為的解決方法，分享正向的因應方式，如：槌枕頭、撕紙，避免傷害自己、他人。 適時給予個案正向鼓勵及建設性的增強，如：當有負向情緒時未有自傷行為，給予口頭讚賞。 7/20 提供個案及家屬有效支持團體，如：張老師專線：1980；自殺防治諮詢安心專線：800-788995；生命線協談專線：1995；自殺防治中心，以尋求協助。
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 短程目標達成，7/2 個案訴：「我媽不讓我玩手機我很生氣，為什麼哥哥可以我就不行」。 中程目標達成，7/9 個案訴：「生氣的時候就聽音樂、玩積木、睡覺」。 長程目標達成，7/7-7/14 未有自傷及衝動行為，情緒自控合宜，醫囑同意可由家人帶外出 8 小時，7/15 由案母帶外出，案母訴：「帶他去吃飯、回家，有讓他玩一小時手機，時間到就自己拿來還我了，情緒都很好」並準時返室。 於 8/17 電訪追蹤，案母表示個案在家日夜顛倒，藥物無法按時服用、吵鬧要玩手機，但未有自傷行為，故建議父母與其約定使用原則並堅持。

(二) 無效性因應能力/缺乏有效因應技巧有關 (6/29-7/21)

<p>主客觀資料</p>	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6/29 訴：「不想去學校，跟同學不好，因為我的手機被老師沒收，同學也有用，但他只沒收我的，我覺得不公平，我想要換掉老師」（認知扭曲）。 2. 6/29 訴：「爸媽比較喜歡哥哥，不喜歡我，他們買新手機給他還辦網路吃到飽，可是我沒有」（認知扭曲）。 3. 7/1 訴：「同學說手機被沒收都是我害的」（過度類化）。 4. 7/3 訴：「眼鏡破了，爸爸說不想來，家裡種的葡萄比較重要」（妄下結論）。 <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6/27 會談過程中多呈現自動化思考，認知扭曲。 2. 6/29 會談過程中多呈現自我無價值感及負向思考。
<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 短程：一週內可辨識認知扭曲模式。 2. 中程：二週內可說出認知扭曲造成的情緒反應。 3. 中程：三週內可說出面對壓力時因應方法。 4. 長程：出院前可發展正向思考模式來面對壓力。
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 治療同盟關係。 <ol style="list-style-type: none"> 1-1 建立信任治療性人際關係，以正向溝通技巧表達對個案的關心。 1-2 給予陪伴、傾聽，主動表達關心，引導個案說出想法及感受，提供安全的治療環境，使其有情緒宣洩的空間。 2. 駁斥自動化思考。 <ol style="list-style-type: none"> 2-1 於 6/30 介紹認知行為治療進行方式、過程，指出慣用逃避、自傷等防衛機轉和認知扭曲模式，向個案舉例負向自動化思考如何影響個人心情與生活。 2-2 於 7/1 引導矯正偏差的認知，協助個案監測自己的想法，教導個案哪些想法為負向自動化思考（如：爸爸說不想來，代表家裡種的葡萄比較重要）。 2-3 於 7/2 引導個案駁斥負向自動化思考（如：我這樣想是正確的嗎？我這樣想有什麼好處？我這樣的想法是不是會讓情緒變差？） 2-4 於 7/3 指導書寫「認知不良功能記錄表」（詳見表一）：（1）什麼情境造成不愉快；（2）當腦海出現自動化想法，自己相信程度以 0-100 評量；（3）自己紀錄當時情緒以 0-100 評量；（4）合理反應，尋找證據支持自動化思考，哪些是不支持？有無其他解釋，相信程度 0-100 評量；（5）改變想法後的自動化思考和情緒強度以 0-100 再評量一次。 2-5 藉由「認知不良功能記錄表」重複練習負向情境例子，將個案不愉快的事件進行駁斥自動化思考的練習。 3. 發展正向思考。 <ol style="list-style-type: none"> 3-1 引導個案發展自己的正向思考模式，用不同角度看待事情後再評價。 3-2 引導以正向的態度面對自己的優點（如：自然科學、畫圖），強化自己的優點，增加自我認同，並適時給予個案正向肯定，7/4 於團體活動中讓個案介紹其自製小冊子及圖畫作品，協助個案建立信心，強化其正向思考及行為。 4. 改變行為。 <ol style="list-style-type: none"> 4-1 與個案討論合宜且適合自己的舒壓方式，如：拼拼圖、玩積木、畫畫等，教導深呼吸及放鬆技巧，轉移注意力，鼓勵使用不傷害自己的方式解決問題。 4-2 於 7/5 轉介職能治療，培養興趣。

(二) 無效性因應能力/缺乏有效因應技巧有關 (6/29-7/21) (續)

護理 措施	<p>4-3 反覆討論負向情境及演練，持續性引導個案具備適切因應壓力方式，當個案做出改變時，與個案討論改變內容，並適時給予正向鼓勵。</p> <p>4-4 協助個案自我察覺上網過度及潛在心理問題，共同找方法解決及訂定改變計劃，使其有共同參與的歸屬感，引導家屬及個案製作「戰勝網路成癮小手冊」，教導個案學習時間管理與自我控制技巧七項。</p>
護理 評估	<p>1. 短程目標達成，7/6 個案訴：「原來我對手機事件、爸爸沒來病房這些想法都是自己的認知扭曲」。</p> <p>2. 中程目標達成，7/10 個案訴：「如果同學的手機被沒收都是我害的，我會覺得很生氣」可說出認知扭曲造成的情緒反應。</p> <p>3. 中程目標達成，7/10 興趣於戶外職能活動，個案訴：「下次情緒來的時候就去游泳、聽音樂、玩積木」。</p> <p>4. 長期目標達成，7/15 個案訴：「媽媽不買手機給我是因為擔心我會沒辦法控制，媽媽會買給哥哥是因為哥哥已經高中了，而且他會控制自己，會聽媽媽的話」；7/17 訴：「如果有不開心的事要先換個角度想，對方可能不是那個意思」。</p> <p>5. 於 8/31 電訪，個案已可配合服用藥物，生活規律穩定，並以正向認知思考，配合與案父母共同訂定的手機使用原則，於 19：00-22：00 才使用手機。</p>

表一 認知不良功能記錄表

時間	情境	自動化思考及相信程度 (0-100%)	情緒 (0-100%)	合理的反應及相信程度 (0-100%)	合理反應後情緒 (0-100%)	結果
6/28	要媽媽買手機給我，她說不能，他們離開病房我才撕書、折眼鏡。	爸媽比較喜歡哥哥，不喜歡我，他們買新手機給他還辦網路吃到飽，可是我沒有。(100%)	生氣(100%)	7/15 媽媽不買手機給我是因為擔心我會沒辦法控制，媽媽會買給哥哥是因為哥哥已經高中了，而且他會控制自己，會聽媽媽的話。	生氣(20%)	與案母溝通後雙方可達到共識：先觀察一年使用手機狀況。
6/29	不想去學校，跟同學不好，因為我的手機被老師沒收，同學也有用，但他只沒收我的，我覺得不公平，我想要換掉老師。	我討厭這個老師，所以要換掉他。(認知扭曲 100%)	生氣(100%)	7/6 我們本來就不應該上課玩手机，老師沒收手機是希望我們上課能專心，如果是別的老師可能也會沒收我們的手機。	生氣(20%)	可反省自己上課用手機，並對老師沒收手機釋懷。
7/1	大家的手機被老師沒收。	同學說手機被沒收都是我害的。(過度類化 100%)	生氣(100%) 委屈(100%)	7/6 同學手機被沒收是因為他們上課玩手机。	生氣(30%) 委屈(20%)	對於同學的指責釋懷。
7/3	眼鏡破了，爸爸說不想來。	爸爸不想來是因為家裡種的葡萄比較重要，寧可照顧葡萄也不願意來看我。(妄下結論 100%)	生氣(100%) 難過(100%)	7/8 1. 已經很晚了，爸爸如果從家裡趕來會來不及會客時間內到達。 2. 眼鏡壞掉爸爸要花時間找眼鏡。 3. 爸爸還有其它事情要忙，不是只有照顧葡萄。	生氣(30%) 難過(40%)	可以體諒爸爸的難處，且在隔天早上爸爸即送眼鏡至病房。

(三) 社交互動障礙/缺乏如何促進相互關係技巧 (6/29-7/21)

主客觀資料	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 6/26 訴：「在家都玩神魔，RPG 冒險，網路可以交很多朋友」。 6/26 訴：「我不知道怎麼可以交朋友」。 6/27 訴：「我在學校被霸凌，同學覺得好玩就脫我褲子，我不想跟他們玩」。 <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 在校與同儕關係欠佳，沉迷網路遊戲及交友，真實人際互動少。 6/26-6/29 僅與 1-2 位特定病友互動。 6/29、6/30 與特定同性病友關係過於親密、不合宜互動，頻出現親密肢體接觸及行為（坐於對方大腿、親臉頰、看對方洗澡），贈予對方零食。 6/30 橫臥於 1-2 位病友的肚子上，出現親嘴的動作。
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 短期：一週內個案可辨識自我不當行為。 中期：二週內個案能與他人適切的互動且無不合宜行為出現。 長期：一個月內能將社交技巧運用在與他人互動上。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 引導了解影響人際互動的原因，討論合宜人際互動方式及情感表達，如：以言語表達取代肢體接觸。 增加個案與人互動技巧。 <ol style="list-style-type: none"> 循序漸進，鼓勵個案先與室友互動，如：邀請室友一同購物，討論買什麼東西，增加交談機會。 當個案與他人互動時，留下來陪伴，給予提供安全感，並於事後予鼓勵及讚美。 和個案討論及提醒個案與人互動的缺失，並適時提出所見，如：護理師看到你和 00 的不適當行為。 個案正向的鼓勵及建設性的增強。例：當與病友合宜互動、聊天，給予口頭鼓勵。
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 短期目標達成，7/3 個案訴：「那個哥哥（病友）有跟我說這樣做他不舒服，要尊重對方，下次不會了」。 中期目標達成，7/10 未再出現不合宜人際互動行為。 長期目標達成，7/17 個案可與 4-5 位病友互動良好，一起聊天、玩撲克牌，且能主動參與職能治療。 9/12 電訪，已可維持每日準時上學，與 3-4 位同學較好，相處融洽。

(四) 照顧者知識不足/缺乏照顧技巧 (6/29-7/21)

主客觀資料	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 6/28 案母訴：「想說讓他玩（手機）沒關係，也是種情緒宣洩，也不知道會變這樣」。 6/28 案母訴：「不給他玩就生氣、鬧脾氣，一天到晚說死給我們看」。 <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 6/28 案父母探視時與個案口角爭執，對於個案情緒及行為無法有效因應。 6/28 與案父母會談時表示，過去管教多採取順從、放任態度。
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 短期：二週內家屬可說出照顧上的困難。 長期：出院前家屬可運用合宜的互動模式因應個案的情緒。

(四) 照顧者知識不足/缺乏照顧技巧 (6/29-7/21) (續)

護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 向家屬自我介紹，與家屬建立信任關係。 2. 傾聽家屬心理壓力，了解衝突原因並給予心理支持及陪伴。 3. 評估家屬對個案情緒的因應方式，鼓勵以溫和態度向其溝通，並堅定立場。 4. 教導家屬從旁協助個案遠離網路使用。 4-1 協助發展其他休閒活動，可針對個案興趣項目，如：陪伴一起畫畫、家庭出遊，以利發展正向興趣，抒發自我壓力並滿足自我相關需求。 4-2 涉略網路相關知識及青少年流行話題，藉以能與其有共同話題。 4-3 引導其正確使用網路，降低對網路依賴。 5. 加強照護者技巧。 5-1 於 7/5 教導並提供父母認知行為治療技巧，增加家長對自動化思考的認知。 5-2 於 7/7 教導並提供父母網路成癮相關資訊，增加家長對網路成癮的認識。 5-3 於 7/9 提供父母緊急求助資源，教導當個案出現自傷行為的處理方法。 6. 由社工師招集家庭會議，一同討論及訂定計畫，教導案父母定期與其討論使用狀況，協助改善雙方溝通技巧。
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 短期目標達成，7/8 案母訴：「他都用死威脅我們，不知道怎麼辦，只好順著他」。 2. 長期目標達成，7/13 案母訴：「剛才家庭會議討論的內容他不是很開心，我有請他想一想下次再討論，我們先離開病房好了」。 3. 長期目標達成，7/15 案母訴：「今天出去帶他去吃飯、回家，有讓他玩一小時手機，時間到就自己拿來還我了，情緒都很好」。

討論與結論

本文個案因沉迷網路遊戲出現自殺與暴力行為，筆者運用行為修正法、認知行為治療、減少傷害療法，並教導父母相關照護技巧，與個案一同製作「戰勝網路成癮小手冊」，引導個案發展正向思考模式，如「媽媽不買手機給我是因為擔心我」，並找到合宜人際互動方法及適當壓力因應方式，進而減少衝動及自傷行為。於 8/17 電訪，案母表示個案在家日夜顛倒，藥物無法按時服用、吵鬧耍玩手機，故建議父母與其約定使用原則並堅持；8/31 第二次電訪，個案已可配合服用藥物，生活規律穩定；9/12 第三次電訪，已可維持每日準時上學，在校與同學相處漸漸找到合適方法，並可正向認知思考，配合與案父母共同訂定的手機使用原則。

此次照護經驗讓筆者很有成就感，從一開始的拒絕，透過個案最有興趣的畫畫，增強其成就信心，到後來主動寫下認知情緒記錄表，除了利用治療信任關係讓個案願意正視及突破自己問題，更藉由社工招集

家庭會議，了解父母對於使用網路立場，共同參與照護計劃，也讓個案及家屬有更正向的親子關係。

由於個案無法深入表達對自我的了解，導致在護理過程中給予的協助有限，另外 Young[10] 文獻中所提三策略，行為修正法需漸進執行，照護上因住院天數及環境限制，以及在家庭會議前雖與父母達成共識，但父母對個案的不捨及溺愛，態度上仍多次與醫療團隊衝突，導致問題行為無法改善，需多次說明及引導，並加上醫療團隊的共識與支持，方能協助個案進行行為修正。吳、陳 [1] 的照護經驗中建議在制定行為約定過程中，使個案一同參與討論，並在個案同意下即執行，也會使個案增加其改變動機，重建個案認知，幫助個案體會行為修正的重要性，而達到自我監控及決策的行為，建議照護上醫療團隊可從旁協助，適時將問題責任交給家屬，使家屬意識到需採取堅決立場。期望藉此照護經驗與同仁分享，凸顯青少年網路成癮重要性，以減少問題性網路使用。

參考文獻

1. 財團法人臺灣網路資訊中心：「2017年臺灣無限網路使用調查」結果公布無線網路查資訊觀光、地圖、氣象排前三。2017。Retrieved from <https://www.twNIC.net.tw/doc/twrip/201711a.pdf>
2. 曾柏齡：青少年網路遊戲成癮、自我認同、真實與網路人際關係之研究。2016。Retrieved from <https://hdl.handle.net/11296/6znh74>
3. 衛生福利部國民健康署：戰勝網路成癮-給網路族/手機族的完全攻略手冊。2015。Retrieved from <https://health99.hpa.gov.tw/flipbook/21928/>
4. 傅安弘、鐘尤君、林慧生：高職生網路成癮與健康行為之關連性。民生論叢 2013；9：1-20。
5. 張立人、廖士程、李明濱：網路成癮者之自殺防治。臺灣醫學 2014；18（4）：458-464。
6. World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2018. Retrieved from <https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>
7. 楊雅珊、林錦煌：以系統動態學觀點探討影響國中生網路成癮程度之因素。雙溪教育論壇 2016；5：117-138。
8. 楊淳斐：臺灣大學生網路成癮盛行率與心理性危險因子之調查研究。國立臺中科技大學通識教育學報 2014；3：113-136。
9. 金柏莉·楊：網路成癮的盛行估計和致病模式。林煜軒、劉昭郁、張立人 等譯。網路成癮評估及治療指引手冊。臺北市：心理。2015：7-10。
10. 陳沛齊：以統合回歸探討兒童及青少年網路成癮療效之潛在影響因素：更新之統合分析。新北市：淡江大學。2018。
11. Young KS: CBT-IA: the first treatment model to address internet addiction. Journal of Cognitive Psychotherapy 2011; 25(4): 304-312.
12. 吳璋庭、陳杏佳：運用行為修正方法增進一位思覺失調症患者的健康維護能力。精神衛生護理雜誌 2015；9（2）：39-46。
13. 亞倫·貝克、阿圖·弗里曼、丹妮絲·戴維斯：一般原則與技巧。唐子俊、謝碧玲、唐慧芳 等。人格障礙的認知行為治療。臺北市：心理。2007：76-123。
14. 張簡千郁、陳志道：青少年網路成癮。家庭醫學與基層醫療 2018；33（12）：345-349。
15. 宋宥賢：上癮？尚癮？臺灣青少年網路成癮現況與相關防制策略探究。新社會政策 2018；59：71-80。
16. 翁嘉駿：國中生網路成癮與自我傷害之共病機制探討。臺中市：亞洲大學。2016。
17. Park S, Hong KE, Park EJ, et al.: The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2013; 47(2): 153-159.
18. 姚孝菁、陳冬蜜、練美華 等：運用關懷理論於一位青少年反覆性自殺之急診護理經驗。志為護理 2017；16（6）：84-93。
19. 黎士鳴、鍾天鳴：網路成癮國中中輟生之案例分析。臺灣教育評論月刊 2017；6（10）：121-126。

Nursing Experience of Caring for an Adolescent with Online Gaming Addiction and Suicidal Ideation

Yi-Yun Hsieh, Wen-Ling Lin, Hui-Mei Tseng

Psychiatric Ward, Taichung Veterans General Hospital

Abstract

This article describes the nursing experience of caring for a 13-year-old adolescent with sleep inversion and truancy, combined with suicidal ideation and violent impulsive behavior due to cognitive bias, impaired interpersonal functioning, addiction to mobile phone games, and lack of care skills in family members. During the period of care between June 26, 2018 to July 21, 2018, an attitude of listening, empathy, and amiable non-judgment was taken throughout participatory care, close observation, review of medical records, talk therapy, and five-level psychiatric assessment to proactively develop a therapeutic interpersonal relationship with the patient. The following nursing problems were established: (1) potentially dangerous violent behavior, involving self-harm and property damage, (2) ineffective coping and adaptative strategies, (3) impaired social interaction, (4) lack of knowledge in caregivers, and (5) sleep disorder. The patient was instructed in coping methods such as drawing and paper shredding, which were used as a means of distraction and to improve impulsive behavior, and behavioral modification was used to enhance self-management and self-control skills. The patient and family members were guided to collaborate on the creation of a “handbook for overcoming online addiction,” and cognitive behavioral therapy (CBT) was used to correct the patients’ cognitive bias. Harm reduction therapy (HRT) was used to strengthen interest, enhance confidence, and improve the appropriate interpersonal skills. Workshops were conducted to assist intervention by family members and enhance their caregiving skills in order to improve the patients’ stress management strategies, thereby promoting positive parent-child relationships. This case report provides a resource that could help nursing personnel in caring for similar cases in the future. (Cheng Ching Medical Journal 2020; 16(2): 64-73)

Keywords : *Adolescents, Online gaming addiction, Suicide*

Received: July 2019; Accepted: November 2019