

# 運用正念認知療法於憂鬱症合併自殺行為個案之護理經驗

賴美靜<sup>1、2</sup>、陳嘉民<sup>2</sup>

台中榮民總醫院嘉義分院 護理部<sup>1</sup>、南華大學 自然療愈所<sup>2</sup>

## 摘要

本文描述一位憂鬱症合併有自殺行為個案的護理經驗，個案對自我期許高，面對工作壓力時缺乏良好因應方式，且缺乏疾病認知，使得身心壓力累積無法負擔，進而以自殺作為問題解決方式，筆者擔心未適時介入合宜措施會致憾事再次發生，故使用正念認知療法介入。護理期間自2018年2月8日至2018年4月24日，運用觀察、會談及整體性護理評估，確立個案之健康問題有潛在危險性傷害—自殺、個人因應能力失調—負向思考、健康維護能力改變—缺乏疾病認知，筆者首先與個案建立治療性護病關係，潛在危險性傷害—自殺方面，除了提供安全及支持性環境，並運用簡式健康量表評估情緒變化，適時給予提醒及教導合宜情緒發洩；個人因應能力失調—負向思考方面，教導個案運用正念練習因應及轉移壓力源，以及運用蘇格拉底法駁斥非理性信念；健康維護能力改變—缺乏疾病認知方面，教導個案認識所服用的藥物，提升服藥遵囑性，也給予疾病相關衛教，提升個案疾病認知，結果發現正念認知療法能有效改善憂鬱情緒、提升個人因應能力及增進疾病認知。建議執行初期陪著個案一起練習及引導，出院前可給予個案卡片提示說明，讓個案出院後也能持續使用，期望本護理經驗能助於推展正念認知療法於臨床之應用。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（2）：78-87）

關鍵詞：正念、憂鬱症、自殺行為

通訊作者：賴美靜

通訊地址：嘉義市世賢路二段600號

E-mail：s09901328@cjc.edu.tw

受理日期：2020年6月；接受刊載：2020年8月

## 前言

根據世界衛生組織統計，憂鬱症的全球盛行率約3%，此疾病不但會影響個案的工作或日常生活能力，若有更甚者會導致自殺發生[1,2]。在台灣，自殺為男性死因第11位，亦有文獻顯示高達一半以上之自殺者符合憂鬱症診斷標準[3,4]，許多憂鬱症個案因不了解如何合宜的處理壓力，又缺乏疾病認知，未向身邊親友或醫療人員求助，進而影響生活品質[5]，因此，為預防自殺發生，如何有效提升個人因應能力及增加疾病認知更成為相當重要的照護問題。

本文個案對自我期許高，面對工作壓力時缺乏良好因應方式，且缺乏疾病認知，導致長期情緒低落，想法悲觀、負向，長期壓力累積下，終使得個案身心無法負擔，進而採取極端自殺行為作為問題解決方式，筆者擔心未適時介入合宜措施會致憾事再次發生。而正念認知療法（Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT）則是透過正念練習讓憂鬱症個案學習自我察覺與調節，讓個案重新評價自我，並結合認知療法修正非理性想法、提升個人因應能力[6]。Barnhofer et al.[7]研究指出，對於有自殺史的憂鬱症個案，MBCT可以改善個案負向思考及憂鬱症狀，進而減少自殺行為再發生，引發筆者書寫動機，期望藉由MBCT預防自殺再次發生、提升個人因應能力，並提升個案對疾病認知，以提升個案生活品質。

## 文獻探討

### 一、憂鬱症 (Depression)

憂鬱症個案常有悲觀、非理性的想法，會影響情緒及陷入自我責怪的漩渦，然而長期沉浸在強烈悲觀、負向的認知中，不但易使個案增加情緒負擔、無法克服重大壓力，甚至使個案採取自我傷害方式來面對壓力[8,9]。一般來說，憂鬱症患者通常會有以下症狀：（一）幾乎每天或大部分時間心情憂鬱、（二）明顯對事物的興趣減少、（三）體重或食慾下降或減少、（四）失眠或嗜睡、（五）精神動作緩慢、（六）幾乎每天大部分時間整天沒活力、（七）覺得沒價值感或不恰當的罪惡感、（八）思考與專注力下降、（九）有反覆死亡的念頭。而根據精神疾病診斷準則手冊（Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5）的定義，如果個案符合5個症狀或更多，並持續兩周以上，即可經由專科醫師診斷為憂鬱症個案[10]。

### 二、憂鬱症之健康問題及照護

#### （一）自殺行為照護

根據研究指出，當個案有自殺意念時，往往會發出求救訊號，但未被辨認出來而造成遺憾，因此自殺的危險評估是不可輕忽的[8]。衛生福利部自殺防治中心設計的簡氏健康量表（Brief Symptom Rating Scale, BSRS，向大眾推廣時將此量表稱為「心情溫度計」）被廣泛用於台灣自殺防治工作，利用五種情緒題項評估個人情緒一週內情緒狀況，包括：1.睡眠困難；2.感覺緊張不安；3.覺得容易苦惱或動怒；4.感覺憂鬱、心情低落；5.覺得比不上別人，每題0-4分，滿分為20分，分數愈高則情緒困擾愈嚴重，0-5分代表身心適應狀況良好，6-9分代表情緒困擾程度為輕度，10-14分代表中度，15分以上代表重度；另有一自殺意念題項，評分自0-4分，只要有1分以上就需特別防範自殺行為出現[11]。彙整文獻，常見的照護方式含：1.了解想自殺動機及方式，以作進一步評估及防範；2.提供情緒支持，鼓勵個案將心事說出來以宣洩情緒；3.提供解決方式，鼓勵以非自傷方式解決問題；4.訂定不自殺行為契約；5.減少危險物品及環境刺激等[5,12,13]。

#### （二）個人因應能力缺失之照護

個人因應能力缺失是指個案面對生活中的多重壓力時，未有適當的調適及因應技巧，故當壓力源持續或過大時，個體無法承受，導致心理及身體功能失調，採取自傷、傷人之不當行為面對衝突事件[14]。常見的照護方式含：1.引導表達感受；2.了解個案面對衝突事件時之想法及處理方式；3.適時討論、提供建議等[15]。

#### （三）缺乏疾病認知之照護

憂鬱症個案若缺乏疾病認知，易長期沉浸在負向認知當中，並忽略治療的重要性，影響病人之預後及功能[14]。因此，在床上需評估個案對疾病的認知，提供疾病及藥物衛教，才能增加個案遵囑治療、避免疾病反覆發作之可能[16,17]。

### 三、MBCT應用於憂鬱症之照護

正念（Mindfulness）最初源自東方的佛教心髓，已有2,500年的歷史，是佛陀用以修行解脫痛苦的方法之一。卡巴金博士（Jon Kabat-Zinn）在1979年首度將正念系統性的運用於醫學上，並將其概念帶入心理治療領域，自此「正念」成為一項治療學，近年來已被廣泛運用在臨床醫學上，成為一種常見的新的治療方法。近年來許多研究顯示，藉由正念治療為基礎介入憂鬱症患者的措施當中，可降低憂鬱症狀[18]，在臨床醫療照護當中也證實，運用正念認知行為療法於急性憂鬱症患者，其復發機率較使用抗憂鬱藥患者低[19]。MBCT是新興認知療法之一，結合正念練習及認知療法。正念練習包含：（一）靜坐：提供安靜且安全環境，教導將注意力放在呼吸上，呈放鬆坐姿，練習察覺自我情緒及想法，當出現負向或憂鬱情緒時不做評斷，只將注意力放在呼吸上；（二）身體掃描：讓個案平躺在床上，使身體在靜止狀態引導將注意力放在身體各處，感受身體不同部位的變化；（三）正念瑜珈：透過簡單的呼吸法及緩慢伸展肢體的練習，運用溫和的運動身體的各個部位，引導探索身體的感受；（四）行動走禪：透過移動肢體使個案將注意力聚焦在行走當下，轉移注意力[14,20]，正念練習強調透過學習注意力控制，將固著想法去中

心化，藉由自我察覺憂鬱情緒及思考，來幫助憂鬱症個案自我探索、情緒調節[21]，改善身體及心理健康，進而減少自殺行為發生[22,23,24]；認知療法則是透過：（一）教導個案監測自己的想法；（二）書寫心情日記評估個案情緒變化、協助個案找出非理性思考；（三）運用蘇格拉底式對話，以質問技巧引導個案修正非理性思考，矯正偏差的認知；（四）教導用不同角度看事情，藉此學會應變技能[16,25]。

## 護理評估

### 一、個案簡介

洪先生，38歲，已婚，某大學機電研究所碩士畢業，有順利服完兵役，研究所畢業後可從事電子公司工作約10年至今，使用國、台語溝通，目前與案妻同住，未生育，2018年2月8日入院，診斷為憂鬱症（Depression），住院期間使用Mirtazapine 30mg/day治療，護理期間自2018年2月8日至2018年4月24日。

### 二、過去病史

無內外科病史，無食物、藥物過敏史。

### 三、住院經過

此次為第一次入住身心科病房，因自我期許高且為家中主要經濟來源，2018年1月初開始自覺工作跟不上別人的速度，備感壓力，出現食慾下降、夜眠僅3-4小時、情緒低落、負向思考多、有自殺意圖，2018年2月7日公司發現個案無故曠班，而發現個案於租屋處欲燒炭自殺，及時阻止後送往本院門診求助，經醫師評估後收住院治療。

## 整體性護理評估

### 一、身體層面

（一）一般外觀：自認長相平庸，外觀儀容乾淨，身體無異味，穿著合宜，皮膚外觀完整。

（二）營養：住院期間身高174公分，體重73公斤，BMI：24.11，皆屬正常範圍，每餐可進食2/3份餐點，無挑食情形，每日約攝取2,000-2,300大卡，無進食和吞嚥困難情形。

（三）睡眠：自訴住院前難入睡、淺眠且早醒，平均夜眠3-4小時，2/8-2/23白天多躺床，精神懶散，平均夜眠4-5小時，鼓勵白天多活動及與醫

師討論後新增Eurodin 2mg 1顆HS，2/24以後平均夜眠達6.5-7.5小時，白天精神改善，可參加病房活動。

（四）排泄：每天可解一次中量黃色軟便，無服用軟便藥物，白天解尿5-6次、晚上1-2次，色淡黃、清澈，無排便及解尿困難。

（五）活動與休閒：步態平穩，肢體活動協調，2/8-2/16因缺乏動機故少參與病房及職能活動，2/17-2/28可在康樂室內觀看電視，多靜態活動及獨處，3/1-3/10引導後可被動參與動態活動。

（六）健康狀況：住院期間生命徵象穩定，2/8心电图、胸部X光及抽血檢驗值等皆無異常，主訴服用精神科藥物無出現副作用。

### 二、情緒層面

（一）情感和心情狀態：住院時情緒顯壓抑，2/7於租屋處欲燒炭自殺，2/8主動關心，了解住院原因，個案訴：「因為我沒有用，我才會去燒炭自殺。」多負向思考，自評BSRS情緒題項10分，自殺意念題項4分，2/9獨處在病室內，表情皺眉，情緒顯低落，個案訴：「我什麼都做不好，工作也不順，我要死一死，為什麼要救我。」會談過程中一度拒絕談話，想法負向且悲觀，2/10表情愁苦，低頭未有眼光接觸，且眼眶泛紅，個案訴：「我覺得自己很失敗，沒有什麼好說的了。」顯示對自我多負面評價，2/14關心時更表達：「以前我讀書功課就不好，都跟不上別人，我就像廢物一樣，哪有資格活著。」經上述個案住院前有自殺行為，且整體表達情緒憂鬱、多負向思考，言談有表達輕生想法，評估個案有潛在危險性傷害—自殺之健康問題。

（二）調適及防衛機轉：此次住院原因即為面對壓力源缺乏因應技巧，採取自殺的極端方式，住院觀察個案面臨生活壓力時，常不願說出內心感受，2/8個案訴：「每天壓力都很大，我不知道怎麼辦才好。」2/9個案訴：「我都很不高興，上班壓力大，我只會臭臉。」談論到壓力事件時多沉默不語，2/10個案訴：「我覺得自己可以做得很好，但是我覺得都很失敗，我哪有資格抱怨，我每天苦都往肚子裡吞，沒有什麼好說的了。」



2/11個案訴：「死了，不就是最好的辦法，什麼煩惱都沒有了。」個案未能正確了解並描述其因應能力失調的原因，且未有正確壓力調適技巧，評估個案有個人因應能力失調—負向思考之健康問題。

### 三、智能層面

(一) 知覺：無幻覺及錯覺之情形，無自語、自笑或其他怪異行為。

(二) 思考：需多次引導才會表達想法，言談多負面思考及自我否定，認為自己達不到別人所期許的；無妄想之言談。

(三) 認知：JOMAC及一般常識皆可正確回答。

(四) 疾病認知：2/8情緒低落，抗拒住院，個案訴：「一定要住院嗎？我沒有病。」2/9個案訴：「我不知道我有什麼病。」2/10個案訴：「我每天都很悶，我不知道這樣會有問題。」顯示不了解憂鬱症症狀；2/11個案訴：「我一直都是這樣，我不知道原來這是憂鬱症，也不知道要看精神科。」顯示不了解憂鬱症治療方針，個案無疾病認知，不了解疾病、症狀及治療方式，評估個案有健康維護能力改變—缺乏疾病認知之健康問題。

### 四、社會層面

(一) 自我概念：自我期許高，有責任心，希望自

己能擔起家中重擔。

(二) 人際關係：入院時因情緒不穩，少與他人互動，3/1情緒穩定後可協助病房服務性活動、參與職能活動，且與病友互動合宜。

(三) 角色功能：第一角色為丈夫，案妻支持度高，第二角色為兒子，個案從小在外地讀書，工作後與案妻同住，與父母互動少，第三角色為病人，缺乏疾病認知，在病房人際互動關係少，多找特定護理人員互動。

(四) 支持系統：主要照顧者為案妻，住院期間案妻每週都會到病房探視病人，互動平淡。

### 五、靈性層面

(一) 人生觀：個案訴：「好還要更好。」

(二) 信仰觀：無特別信仰的宗教，也鮮少拜拜。

(三) 自我實現：個案訴：「從事病房服務性工作，讓我有成就感。」

### 問題確立

根據以上護理評估，確立三個主要健康問題，依優先順序列出：一、潛在危險性傷害—自殺／與憂鬱情緒及負向思考有關；二、個人因應能力失調—負向思考／與非理性想法及缺乏適當因應技巧有關；三、健康維護能力改變—缺乏疾病認知／與缺乏疾病知識有關。

## 護理計劃

### 問題一、潛在危險性傷害—自殺／與憂鬱情緒及負向思考有關 (2018/2/8-2018/4/24)

主 / 客 觀資料	<b>主觀資料</b> 1. 2/08 個案訴：「因為我沒有用，我才會去燒炭自殺。」 2. 2/09 個案訴：「我什麼都做不好，工作也不順，我要死一死，為什麼要救我。」 3. 2/10 個案訴：「我覺得自己很失敗，沒有什麼好說的了。」 4. 2/14 個案訴：「以前我讀書功課就不好，都跟不上別人，我就像廢物一樣，哪有資格活著」。
	<b>客觀資料</b> 1. 2/7 欲於租屋處燒炭自殺。 2. 2/8 自評之 BSRS 情緒題項 10 分，自殺意念題項 4 分。 3. 2/9 獨處在病室，一度拒絕會談，想法負向且悲觀。 4. 2/10 會談時表情愁苦，眼眶泛紅，對自我多負面評價。

問題一、潛在危險性傷害—自殺／與憂鬱情緒及負向思考有關（2018/2/8-2018/4/24）（續）

<p><b>護理目標</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3/1 前個案可說出三項合宜的情緒發洩方式。</li> <li>3/20 前個案可有效使用兩項合宜的情緒發洩方式。</li> <li>4/1 前，個案自評之 BSRs 情緒題項降至 3 分，自殺意念題項降至 0 分。</li> <li>個案在住院期間無自殺行為發生。</li> </ol>
<p><b>護理措施</b></p>	<p><b>一、建立治療性護病關係</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>每天查房時主動關心及打招呼，詢問個案有無需要協助的地方。</li> <li>每週五次，每次會談 30 分鐘，以不批評個案的態度鼓勵及引導抒發感受。</li> </ol> <p><b>二、建立安全及支持性環境</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>每天晨間查房時執行安全檢查，收回長繩、尖銳物之危險物品，並向個案解釋安全檢查之意義及重要性。</li> <li>每 15~30 分鐘密切觀察情緒及行為，若個案情緒低落時主動陪伴及傾聽。</li> <li>與個案討論後於 2/11 訂定不自殺行為契約，告知個案若有問題可與護理師討論解決方式，並約定在住院期間不可做出自殺行為。</li> </ol> <p><b>三、運用 BSRs 評估及判斷情緒變化</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>每週一以 BSRs 評估個案情緒狀況及自殺意念。</li> <li>詢問自傷想法及計畫，並將個案自傷想法及計畫列交班、告知醫療團隊。</li> <li>BSRS 自評情緒分數超過 15 分時，每 15 分鐘密切觀察個案行蹤，並列交班。</li> <li>與個案討論自傷情境，使用 MBCT 改善個案憂鬱情緒及自殺想法（將於健康問題二敘述）。</li> </ol> <p><b>四、針對 BSRs 高分內容給予提醒，教導合宜情緒發洩</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>當個案苦惱、動怒時，鼓勵以非自傷方式宣洩情緒，如：騎腳踏車、槌保護室牆壁、吶喊、找人傾訴等。</li> <li>當個案心情低落時，鼓勵個案向護理人員傾訴心事，並耐心傾聽個案想法。</li> <li>當個案覺得比不上別人時，口頭肯定個案長處，以增加自信心，如：肯定個案自願擔任康委，將公共環境維持整潔，表現盡責認真。</li> <li>當個案能使用合宜的情緒發洩方式時，給予肯定，如：當個案主動要求進入保護室發洩情緒時，告知個案這樣發洩情緒方式很好。</li> </ol>
<p><b>護理評估</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>說出三項合宜情緒發洩方式：3/1 個案可說出騎腳踏車、閱讀心經、到護理站主動請求護理人員協助。</li> <li>有效使用兩項合宜的情緒發洩方式：3/17 個案可主動表示希望能到保護室吶喊宣洩情緒、3/20 個案能主動向護理人員傾訴心事。</li> <li>BSRS 情緒題項降至 2 分，自殺意念題項降至 0 分；3/26 BSRs 情緒題項 4 分，自殺意念題項 0 分。</li> <li>住院期間無自殺行為發生：住院期間無自殺行為發生，且主動拿出不自殺行為契約告知護理人員會遵守承諾。</li> <li>後續照護計畫：出院前告知個案出院後可用資源，如：病房電話、張老師、生命線，必要時打電話求助，個案可接受。</li> </ol>

問題二、個人因應能力失調—負向思考／與非理性想法及缺乏適當因應技巧有關 (2018/2/8-2018/4/24)

<p>主/客 觀資料</p>	<p><b>主觀資料</b> 1.2/8 個案訴：「每天壓力都很大，我不知道怎麼辦才好。」 2.2/9 個案訴：「我都很不高興，上班壓力大，我只會臭臉。」 3.2/10 個案訴：「我哪有資格抱怨，我每天苦都往肚子裡吞。」 4.2/11 個案訴：「死了不就是最好的辦法，什麼煩惱都沒有了。」</p> <p><b>客觀資料</b> 1.2/7 因面對壓力源缺乏因應技巧，採取自殺的極端方式而入院。 2.2/8 面臨生活壓力時，常不願說出，情緒多顯壓抑。 3.2/9 談論到壓力事件時多沉默不語。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.3/1 前，個案可說出三項正念練習方式。 2.3/15 前，個案能辨識出兩種自己的非理性想法。 3.3/31 前，個案可有效運用兩項正念練習方式因應壓力。 4.4/12 前，個案可運用蘇格拉底法駁斥一項非理性信念。</p>
<p>護理措施</p>	<p><b>一、建立治療性護病關係：詳見健康問題一</b> <b>二、教導個案運用正念練習因應及轉移壓力源</b> 1.引導個案於每天下午洗完澡在康樂室練習正念瑜珈，方法為透過簡單的呼吸及緩慢伸展肢體，同時察覺自我身體的感受。於每天晚上睡前在走廊練習行動走禪，方法為在走廊來回走動，過程中刻意注意步伐，將注意力聚焦在行走當下。 2.引導個案可於每天早上起床時練習 30 分鐘在床上做身體掃描，方法為在床上平躺，將注意力放在身體各處，感受身體各個部位及身體真正存在的感覺。 3.與個案討論正念練習運用的困難，個案表示不熟悉正念練習技巧，故初期由護理師在旁陪伴及引導，直至個案可獨自使用止。 4.與個案討論正念練習的好處，如：不需要輔助工具，在生活中可以察覺負向情緒並轉移。 5.鼓勵個案有負向想法或自殺想法時可主動向護理人員求助，並運用正念練習調適及轉移。</p> <p><b>三、教導個案運用蘇格拉底法駁斥非理性信念</b> 1.因個案習慣以書寫方式紓壓，鼓勵個案每日寫心情日記，紀錄心情及想法。 2.與個案討論心情日記中之非理性想法，引導個案駁斥不合理之思考，學習正向思考，如：「我只是一件事情做不好而已，就代表我一無是處嗎？」、「真的都是我的錯嗎？」當個案可改變想法，具正向思考時，給予鼓勵、讚美及支持。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.說出三項正念練習方式：2/24 個案可說出正念練習方式有正念瑜珈、行動走禪及身體掃描等。 2.辨識兩種自己的非理性想法：3/15 個案能說出自己的非理性想法有「遇到事情就覺得是自己的錯」、「會因為一件小事做不好就全盤否定自己」。 3.有效運用兩項正念練習方式：3/30 當個案感到情緒憂鬱時，能運用行動走禪跟正念瑜珈因應壓力。 4.駁斥一項非理性信念：4/10 可詢問自己：「我真的一無是處嗎？我一個優點也沒有嗎？」並駁斥自己是沒有用的人這個想法。 5.後續照護計畫：出院前提供蘇格拉底法範本及正念練習說明小卡，期望個案出院後持續運用 MBCT，個案可接受。</p>

健康問題三、健康維護能力改變—缺乏疾病認知／與缺乏疾病知識有關（2018/2/8-2018/4/24）

<p><b>主/客 觀資料</b></p>	<p><b>主觀資料</b></p> <p>1.2/8 個案訴：「一定要住院嗎？我沒有病。」</p> <p>2.2/9 個案訴：「我不知道我有什麼病。」</p> <p>3.2/10 個案訴：「我每天都很悶，我不知道這樣會有問題。」</p> <p>4.2/11 個案訴：「我一直都是這樣，我不知道原來這是憂鬱症，也不知道要看精神科。」</p> <p><b>客觀資料</b></p> <p>1. 2/8 抗拒住院，情緒低落。</p> <p>2. 2/10 不了解憂鬱症之症狀，缺乏疾病認知。</p> <p>3. 2/11 個案對憂鬱症治療方針不甚了解。</p>
<p><b>護理目標</b></p>	<p>1. 2/25 前，個案能說出三項憂鬱症症狀。</p> <p>2. 3/15 前，個案能說出所服用的兩種藥物作用。</p> <p>3. 3/30 前，個案能說出兩項遵囑服藥的重要性。</p> <p>4. 出院前，個案能說出兩種避免疾病復發的方法。</p>
<p><b>護理措施</b></p>	<p>一、<b>建立治療性護病關係：詳見健康問題一</b></p> <p>二、<b>教導個案認識所服用的藥物，提升服藥遵囑性</b></p> <p>1.每天給藥時間教導個案認識藥物形狀、顏色、作用、服藥時間及顆數。</p> <p>2.鼓勵個案比較遵囑服藥前後情緒困擾是否有減少，讓個案了解遵囑服藥的好處及重要性，以加強服藥動機。</p> <p>3.隨時觀察個案服藥後是否有出現藥物副作用，並詢問個案藥物有無造成身體不適或副作用，並教導個案處理方式。</p> <p>4.詢問並傾聽個案對目前用藥的感受，鼓勵個案與醫療團隊共同討論想法。</p> <p>三、<b>給予疾病相關衛教，提升個案疾病認知</b></p> <p>1.與個案共同討論負向情緒及對自己所造成的不良影響，引發個案規則治療之動機。</p> <p>2.鼓勵個案在疾病討論會時，透過醫師領導、其他病友之分享及討論更加認識自己的疾病、症狀及治療方式。</p> <p>3.每週四給予憂鬱症衛教，提供憂鬱症衛教手冊，使個案了解疾病症狀（睡不好、對事情沒有興趣、悶悶不樂）、病因（基因與環境互相作用）、非理性想法跟憂鬱情緒之關連性，增進疾病認知。</p> <p>4.衛教個案應每日記錄自己的心情，若察覺心情低落時可主動運用 MBCT 方式因應，避免情緒症狀再度發作。</p> <p>5.衛教個案應定期返診及規則服藥，勿擅自停藥，若對藥物有疑慮或不適可於回診時跟醫師討論。</p>
<p><b>護理評估</b></p>	<p>1.說出三項憂鬱症症狀：2/24 個案訴：「憂鬱症會睡不好，對事情都沒有興趣，整天覺得悶悶不樂。」</p> <p>2.說出所服用的兩種藥物作用：3/11 個案可說出有服用安眠藥及抗鬱劑。</p> <p>3.說出兩項遵囑服藥的重要性：3/24 個案訴：「我吃完藥比較好睡，頭腦也比較清楚，比較不會想東想西，我知道規則吃藥很重要。」</p>



健康問題三、健康維護能力改變—缺乏疾病認知／與缺乏疾病知識有關（2018/2/8-2018/4/24）（續）

護理評值	4.兩種避免疾病復發的方法：4/17 個案訴：「我知道要按時吃藥，心情不好的時候可以靜坐讓自己放鬆，不要讓自己壓力很大，有問題就回門診。」 5.後續照護計畫：出院前再次提醒病人藥物作用、規則服藥重要性及 MBCT 執行方式，病人可口頭接受。
------	---

結論

本文為運用MBCT於憂鬱症合併自殺行為個案之護理經驗。本文中個案因缺乏疾病認知，長期負向及悲觀思考，屢次遇到壓力無正確因應方式，進而採取自殺行為。而根據Strauss等人[26]研究發現，正念能夠有效減低憂鬱症的症狀嚴重度；Watson等人[27]也指出，正念練習具可近性，適於日常生活的應用。故本研究利用個案住院期間，讓個案規率且有效學習正念療法，並將正念帶入日常生活中，並從中發現臨床上運用MBCT可以有效提升個案之生活品質，增進個案正向認知，進而改善其身心健康。

此次護理過程當中，因個案初期常淡漠不理人，難以建立治療性人際關係，筆者藉由主動關心陪伴與支持，每日會談與討論方式找出問題，因個案教育程度為碩士，理解能力佳，向個案介紹MBCT，引發興趣，經由每天規則的正念練習，以及使用心情日記記錄心情及想法、蘇格拉底法駁斥非理性思考，能有效改善憂鬱情緒、提升個人因應能力及增進疾病認知，能與文獻呼應[21]。4/31電話追蹤個案有規則服藥，並訴出院後在家仍有執行靜坐及行動走禪，5/14再次電話追蹤個案狀況，訴目前睡前有靜坐習慣，在公司若心情煩悶時會透過行動走禪來緩解情，此次護理經驗之成功，讓筆者感到踏實及有成就感。

因目前MBCT多為團體方式執行，筆者嘗試運用在個案護理上，也能達到相當程度的效果，但因為MBCT為新興療法，在執行上初期個案可能會不知如何正確使用，因此建議初期陪著個案一起練習及引導，出院前可給予個案卡片提示說明，讓個案出院後也能持續使用，另亦希望本護理經驗能有助於推展MBCT於臨床之應用。

參考文獻

1. 葉倩菁、朱悅辰：憂鬱症病患接受心理治療是否能降低重覆自殺率？彰化護理 2014；21（3）：6-8。
2. World Health Organization: Depression. 2017. Retrieved from <https://bit.ly/3tLr7lk>
3. 吳其忻：抗鬱藥與自殺風險之爭議。台灣憂鬱症防治協會通訊 2017；16（1）：5-8。
4. 衛生福利部：106年國人死因統計結果。2017。Retrieved from <https://bit.ly/3q1bjJ7>
5. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, et al.: Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2015; 175: 66-78.
6. Gu J, Strauss C, Bond R, et al.: How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. Clinical Psychology Review 2015; 37: 1-12.
7. Barnhofer T, Crane C, Brennan K, et al.: Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2015; 83(6): 1013-1020.
8. 陳羿蓉：自殘？蓄意自殺？談自我傷害。諮商與輔導 2018；389：13-16。
9. Conejero I, Olié E, Calati R, et al.: Psychological pain, depression, and suicide: Recent evidences and future directions. Current Psychiatry Reports 2018; 20(5): 33-42.
10. 臺灣精神醫學會譯：DSM-5精神疾病診斷準則手冊。新北市：合記圖書。2014。
11. 陳宜明、李明濱、林帛賢 等：蓄意自傷行為之評估與處理。台灣醫學 2013；17（3）：309-316。
12. 吳佳儀：從個人面向強化自殺保護因子。自殺防治網通訊 2014；9（4）：2-5。
13. 陳宜佑：人人都是自殺防治的守門人。臺灣教育



- 評論月刊 2015；4（6）：107-110。
14. 林靜幸、陳懋昌、高志薇 等：新編精神科護理學（三版）。台中市：華格那。2015。
  15. 張揚琴、許玫琪：照護一位反覆自殺憂鬱症病人之護理經驗。長庚護理 2017；28（1）：175-185。
  16. 王秀紅、徐畢卿、王瑞霞 等：健康促進：理論與實務（四版）。台北市：華杏。2016。
  17. Taylor D: Treatment manuals and the advancement of psychoanalytic knowledge: the treatment manual of the Tavistock adult depression study. *The International Journal of Psychoanalysis* 2015; 96(3): 845-875.
  18. 林文華、陳志軒、徐畢卿：正念在快樂與心理健康促進之應用。護理雜誌 2017；64（4）：97-103。
  19. Bockting CLH, Klein NS, Elgersma HJ, et al.: Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2018; 5(5): 401-410.
  20. 李雪欣：正念與自我接納。諮商與輔導 2017；380：13-16。
  21. Tang YY, Hölzel BK, Posner MI: The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience* 2015; 16(4): 213-225.
  22. 陳棠羚、周汎濤、王秀紅：正念之概念分析。護理雜誌 2016；63（2）：113-119。
  23. 張仁和、黃金蘭、林以正：正念傾向對因應與情緒調節彈性之影響。中華心理衛生學刊 2016；29（4）：319-411。
  24. de Bruin EI, van der Zwan JE, Bögels SM: A RCT comparing daily mindfulness meditations, biofeedback exercises, and daily physical exercise on attention control, executive functioning, mindful awareness, self-compassion, and worrying in stressed young adults. *Mindfulness* 2016; 7(5): 1182-1192.
  25. Hunter EC, Johns LC, Onwumere J, et al.: Cognitive behavioural therapy for psychosis. In *Treatment-Refractory Schizophrenia*. Springer, Berlin, Heidelberg. 2014. 139-164.
  26. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A et al.: Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE* 2014; 9(4): e96110.
  27. Watson NN, Black AR, Hunter CD: African American women's perceptions of mindfulness meditation training and gendered race-related stress. *Mindfulness* 2016; 7(5): 1034-1043.

# Nursing Experience of Using Mindfulness-Based Cognitive Therapy in a Depressed Patient with Suicidal Behavior

Mei-Ching Lai<sup>1,2</sup>, Chia-Min Chen<sup>2</sup>

Department of Nursing, Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital<sup>1</sup>;

Department of Natural Biotechnology, Master's Program in Natural Healing Sciences, Nanhua University<sup>2</sup>

## Abstract

This paper describes the nursing experience of a case of depression with suicidal behavior. The patient had high self-expectations, coped poorly with work stress, and lacked disease awareness. Physical and mental stress accumulated and became unbearable, prompting suicidal behavior. The author was worried about a successful suicide attempt in the absence of appropriate and timely intervention. Mindfulness-based cognitive therapy was applied as an intervention. During the nursing period from February 8 to April 24, 2018, observation, interview, and holistic nursing assessment determined that the health problems of the patient included potentially dangerous injury-suicide behavior, negative outlook concerning personal coping, and detrimental changes in health maintenance (specifically, lack of disease awareness). The author first established a therapeutic nurse-patient relationship with the patient. To address the potentially dangerous injury-suicide behavior, a safe and supportive environment was provided, the Brief Symptom Rating Scale was adopted to evaluate emotional changes, and the patient was taught to appropriately release emotions. Concerning personal coping, the patient was taught to cope with and transfer stressors by practicing mindfulness, and to refute irrational beliefs using the Socratic method. Concerning health maintenance and the lack of disease awareness, the patient was educated to be better aware of the drugs being used, to improve compliance with the drug therapy, and to improve disease awareness. The mindfulness-based cognitive therapy effectively alleviated depression enhanced personal coping skills, and improved disease awareness. It is suggested to practice with and guide a patient at the initial stage of implementation. Providing the patient with a card with prompts and instructions before discharge for use continuously after discharge is helpful. It is hoped that this nursing experience can help promote the clinical application of mindfulness-based cognitive therapy. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(2): 78-87)

**Keywords :** *Mindfulness, Depression, Suicidal behavior*

Received: June 2020; Accepted: August 2020