個案護理 Nursing Case Study

Received date : 26 May 2017

Accepted date : 27 September 2017

doi : 10.6729/MJN.2017.002

一位自殺未遂個案之護理經驗

劉岳輻^{1*} 翁麗雀²

【摘要】本篇為照顧一位自殺未遂個案之護理經驗，經由直接觀察、會談、身體評估等方式取得資料，運用羅氏適應模式評估，確立健康問題有「無效性因應能力」、「急性疼痛」及「身體活動功能障礙」，在護理過程中運用關懷、傾聽及同理心了解個案負向思考，從中建立良好護病關係。引導家庭成員與病患間距離，表達自我感受及增強自我因應能力；透過藥物與另類療法來緩解個案的疼痛；依病程進展維持肌肉強度和關節活動及復健護理，促進個案的獨立程度。經由醫療團隊的治療及護理措施的執行，解決住院期間的不適以及積極學習後續照護方法，個案表示日後面對壓力衝突事件會採取正向的應變措施，出院後能維持自我照顧能力。

【關鍵詞】 護理照護 自殺 自殺未遂

The nursing experience of a suicide attempts patient

Yue Kuo Liu^{1*} Li Chueh Weng²

[Abstract] This case report described the nursing experience of a suicide attempts patient. Using the Roy's Adaptation model as a framework, we assessed patient by observation, interview and physical assessment. The major health problems of this patient were coping ineffective, acute pain, and impaired physical function etc. Therefore, authors established therapeutically relationship with the patient through caring, empathy, and listening. In addition, we encouraged family members to establish a good patient-family relationship and provided the opportunity for patient to express the negative emotion and enhance coping ability. We also provided medication and alternative therapy for pain control, physical rehabilitation for maintaining muscle strength and joint activity. After the individualized and appropriate nursing interventions, patient's distress symptom and self-care ability were improved gradually. Patient reported that he had the confidence and would adopt the positive coping strategies to deal with his disability, stress, and conflicts in the future.

[Key Words] nursing care suicide suicide attempts

* 通訊作者 Corresponding author : yuehkuo786@gmail.com

¹ 財團法人恩主公醫院胸腔外科 Thoracic Surgery, En Chu Kong Hospital

² 長庚大學護理系 Chang Gung University School of Nursing

1. 前言

世界衛生組織估計全世界每年有超過 80 萬人死於自殺 (WHO, 2014)。在台灣地區，自殺死亡約佔死亡人數的 2%，自殺問題已連續八年名列本國十大死亡之一，且自殺人口以 25 歲到 65 歲之青壯男性為主 (李明濱, 2011)。具自殺意圖者 (suicide attempter) 是自殺死亡者的 10-20 倍 (蘇宗偉、李明濱, 2006；南玉芳, 2011)，顯示自殺問題是值得重視的問題。

本文的個案因竊盜罪入獄服刑後自殺，重傷導致

左手活動功能障礙，而入住醫院接受照護。受刑人監禁之壓力來自於人身自由被剝削、身分被貶、監禁硬體設施與管理方式等，學者指出，受刑人會迫於監獄環境壓力而選擇自殺 (台灣自殺防治學會, 2011)。受刑人因其身分特殊，處於人際疏離及缺乏社會支持，選擇以自殺方式對應壓力及逃避現實，故引發筆者的照護動機。期望運用護理過程給予個案尋求協助，增強社會支持力量並共同解決生理障礙，使其能夠健康地重返社會，減少後續可能造成的傷害和遺憾，並提出照護經驗以供參考。

2. 文獻查證

2.1 自殺的相關定義

自殺行為是一種複雜行為與想法，包含自殺意念 (suicide idea)、自殺姿態 (suicide gesture)、自殺危險 (suicide threat)、自殺未遂 (attempted suicide) 及自殺致死 (committed suicide)(Bridge, Goldstein & Brent, 2006)。根據 O' Carroll 和 Berman(1996) 的定義，自殺未遂是指個人有殺死自己的想法並付諸行動，但結果並未導致死亡。自殺企圖者歷經醞釀期、動機期、行動期等經驗歷程，以思想、情緒、身體及行為反應呈現內心交雜的狀態。

2.2 受刑人自殺的心理社會衝擊與相關照護

學者認為犯罪者最大的特徵在於低自我控制 (low self-control)，容易在衝動下犯罪，且有較差的適應能力及人際交往能力，缺乏安全感，容易有負面情緒 (許春金, 2010)。犯罪受刑者多有情緒及精神症狀困擾，例如：高壓力、個人特質、低自尊、低自我認同、經濟困難、無業、情感問題、憂鬱及焦慮症等 (Nakagawa et al., 2009)。當無法得到適當的因應與調適時，會認為自己是無能、無價值的，就可能產生自殺的行動 (廖士程, 2015)。犯罪受刑者處在特殊情境，又缺乏社會資源與支持，故為自殺的高風險族群，其自殺企圖率約為一般人的 7.5 倍 (李明濱, 2011)，是值得重視的問題。

在照護自殺患者的措施方面，學者認為家庭凝聚是自殺的保護因子，若家庭成員能提供支持，將可減輕負向經驗 (蕭佳莉、邱啟潤, 2011)。護理措施可給予病患及家屬照顧訊息、連絡家屬安排家庭活動及情緒支持、促進家庭成員彼此抒發情感、討論病患照護及澄清疑問方式 (李佳薇、黃莉媛、葉素娥, 2014)。護理人員應能協助個案知覺到社會的支持程度，如：知識性、實質性 (如：金錢) 及感情性 (如：親情) 的支持陪伴等 (李明濱, 2007)。透過增加溝通技巧、提升自尊、提供安全性環境以促進正面的環境。持續評估與監測病人的自殺意念頻率與嚴重度，密切觀察及記錄，以掌握情緒狀況即時回應。轉介精神科醫師、諮商心理師提供諮商協助；社工師可以提供社會相關資源，如此都有助自殺意念或行為者的照護 (南玉芬, 2014)。

2.3 疼痛

疼痛是身體的一種警告自我防衛機制，當身體任一組織受到傷害，便能產生痛覺。在疼痛處理部分首重評估與監測，運用美國護理學會 (American Pain Society) 提出的數字量表 (Numerating Rating Scale, NRS) 能迅速評估疼痛程度給予適當止痛處置。在急性中重度疼痛處置方面，臨床上常用的 morphine 和 meperidine(Demerol) 屬於成癮性嗎啡類止痛劑，而止痛劑給藥方式可由口服、肌肉注射、靜脈注射、或病人自控式止痛 (patient control analgesia, PCA)。傷口的照護導致疼痛不適因素包括：不當的換藥技術、移除敷料及不當的移除固定膠帶 (靳燕芬, 2007)；沖洗液也是造成疼痛原因。傷口清潔的護理措施，以生理食鹽水清潔傷口即可，避免使用含 chlorhexidine 學藥物溶劑，減少傷口組織刺激 (Hopf, Abapsbak, & Junlins, 2012)。移動病患時動作輕柔並適當的支托、採舒適的姿勢，利用芳香療法、音樂治療或分散注意力來降低傷口的疼痛感 (靳燕芬, 2007)。

2.4 身體活動功能障礙

身體活動功能障礙指個人身體或肢體進行獨立、有目的活動能力受到限制的一種狀態，與神經、肌肉協調能力、肌肉控制力減少、疼痛及外科手術等因素有關。護理重點包括：維持合乎身體力學的姿位，肢體適當支托維持功能位置，早期協助個體的主動與被動運動，以預防身體攣縮的發生。教導在活動關節前先熱敷約 15-20 分鐘，採漸進方式進行，每個動作重複 20-30 分鐘，每日執行 4-5 次 (高紀惠, 2009)。在心理方面，因肢體活動不便與自我控制力降低，易有焦慮、負向自我價值行為表現，影響病人身心狀態 (詹茹璇、周佳諦、詹雅琦、張玲華, 2010)，可經由主動關懷、傾聽與鼓勵表達內心情緒，給予正向心理支持，協助個案參與治療計畫，以增強自我控制能力 (王蔚芸、王桂芸、湯玉英, 2007)。引導和促進家庭成員間溝通、親情與關愛，建立良好的家庭支持系統來調適。行為治療可利用音樂、按摩、冥想、呼吸法、書報雜誌等來分散注意力緩解焦慮與促進自我調適 (徐苑雲、陳筱瑀, 2008)。

3. 個案簡介

3.1 基本資料

劉先生，27 歲，大專畢業，無宗教信仰，慣用國語，在家排行老大，服刑前與家人同住，家中經濟小康。2012 年 11 月被判強盜罪八年，獄中表現良好。個案入獄服刑後選擇不與社會接觸，與家人及親友的感情疏離，又害怕成為別人的負擔。

3.2 個人史與疾病史

個案本身無其他疾病史。性格內向、不善交際，經常流連網吧。大專畢業後隔年在家附近的五金行上班，工作上常有挫折，無成就感。2012 年 10 月，公司雇主懷疑個案竊取帳款，要求個案離職，個案自認被雇主誤解而心生恨意，騎摩托車撞傷雇主，因此入獄在臺灣東部某監獄服刑。

3.3 現在病史

2015 年 8 月 17 日，個案未歸監獄服刑，在家中飲酒後自刎及燒炭自殺。急診入院時個案意識不清，頸部、胸部及腹部有多處穿刺傷及開放性傷口。生命徵象為體溫 37.2℃、心跳 122 次/分、呼吸 8 次/分鐘、血壓無法測得。血液檢查發現血紅素下降至 7.3g/dl。動脈氣體分析酸鹼值偏代謝性酸中毒、血液酒精濃度為 31 mg/dl、一氧化碳高至 2.4%。立即氣管內插管並大量輸液。經由影像學發現，雙側創傷性氣血胸及左手前臂肌腱、神經及血管損傷，緊急接受胸腔內視鏡輔助血塊清除，左手肌腱、神經及血管重建手術，8 月 18 日術後轉外科加護病房治療。術後第三天意識清醒並成功脫離呼吸器。8 月 24 日生命徵象穩定轉入外科病房治療，9 月 2 日出院。

3.4 護理評估

自殺危險因子包含：家族自殺史、經濟壓力、生活滿意度、精神症狀、心理壓力、不良的工作經驗及季節因素 (韓文蕙、徐玉珍, 2013)。依照自殺嚴重程度區分四級，第一級：無言語行為上表露可能自殺的想法；第二級：有自殺的想法，但採取行動的危險性小；第三級：有自殺的想法，經評估後臨床症狀顯示採取自殺行為的危險性高；第四級：有自殺的想法或自殺的妄想，評估後顯示其意向清楚，會根據計畫或妄想行事 (梁玉雯、葉明莉, 2013)。護理及醫療人員要有專業的辨識自殺危險因子及評估潛藏自殺危機的技能，主動發現、回應及轉介高危險自殺病人，將有助於降低自殺行為發生的可能性 (吳佳儀, 2014)。

筆者於 2015 年 8 月 24 日至 9 月 2 日照護期間，運用整體性護理評估，以直接護理、觀察及會談方式進行資料收集，運用羅氏適應模式評估分述於下。

3.4.1 生理適應評估

個案左手傷口三道縫線各約 15 公分，近手腕處傷口癒合較差外觀有黑色結痂，前臂石膏板夾固定活動受限，肌肉強度左側上肢為 2，其餘肢體皆為 5。能運用右手漱洗、進食，穿衣、沐浴及如廁等活動需家人協助。住院期間服用精神科醫囑開立的安眠藥物後，夜眠可持續 6-8 小時，可滿意睡眠，白天精神佳，可配合生活作息。經評估顯示個案有「身體活動功能障礙」的護理問題。

3.4.2 營養

個案外觀身材瘦高，身高 179 公分，體重 60 公斤，BMI 為 18.7。個案表示：「因頸部傷口，在吞嚥上有些許吃力，現在三餐可進食 1600 卡/天。」，頸部多道傷口無紅腫及分泌物情形，8 月 24 日抽血報告顯示血紅素 11.7g/dl。

(1) 排泄

個案解尿順暢，一天約 6-7 次，尿液呈黃色，無頻尿及燒灼感。排便一天一次，無使用軟便劑，排泄情況與住院前無異，住院期間個案腸蠕動音約 8-12 次/分。

(2) 體液電解質

個案皮膚有光澤、無水腫情形，住院前平日水分攝取 500ml 以上，住院期間依醫囑每日給予周邊靜脈點滴注射 1,500c.c，8 月 24 日生化抽血值正常。

(3) 氧氣與循環

住院期間，脈搏維持 70-80 次/分，呼吸速率 15-20 次/分，血壓值 110-130/60-80mmHg，無使用氧氣下血氧濃度值 98-100%。末梢微血管填充時間 1-2 秒，循環正常。8 月 24 日胸部 X 光片顯示左下肺葉微量肋膜積水及一條胸管放置。

(4) 感覺與神經

個案表示：「左胸壁胸管傷口偶而會麻痛，手指有時候還是麻麻，無法出力。左手傷口常有劇烈抽痛情況，會痛到盜汗。」意識清楚，視力、聽力正常；知覺方面無妄想幻覺產生，定向感及記憶力可正確回答。疼痛指數約 7-8 分。經評估個案有「急性疼痛」的護理問題。

(5) 內分泌

個案無糖尿病、甲狀腺機能及其他遺傳上疾病。
住院期間 8 月 24 日抽血 Glucose: 108mg/dl。

(6) 皮膚完整性

個案頸部多處不規則縫合傷口，腹部大於 20 公分淺層縫合傷口，8 月 17 日術後存留左側胸管一條，傷口乾燥無分泌物及紅腫情形。

3.4.3 心理社會適應模式

(1) 自我概念

自覺身材瘦高，外貌平庸。個案因專科畢業後一直找不到好工作，沒什麼朋友，也很少與家人交談，故沉迷線上遊戲。自我價值低下，表示：「跟獄友借手機玩線上遊戲，結果弄壞，我沒有錢還他，就想不開去自殺。」、「我盡量做好，別人也不會認同，以後出來不知道找不找到工作，擔心未來經濟來源。」、「一想到要回到監獄被關起來，就覺得失去自由，人生就覺得無意義。」、「我沒有特殊信仰，媽媽會帶我去參加一貫道的活動，但我不喜歡去。」，對話顯示個案對未來悲觀、消極的負面能量，無法採用正向方式去面對壓力問題，引發自殺意念與衝動。經評估分析個案面對問題採自殺之不當因應方式，缺乏有效之因應技巧處理問題，評估有「無效性因應能力」。

(2) 角色功能

個案第一角色為 27 歲的男性，第二角色為兒子、哥哥，第三角色為受刑人，第四角色為病人。個案母親敘述：「他是家中的老大，個性獨立，學校課業成績優異，畢業後找工作不是很順利，所以在家附近的五金行，擔任收銀員的工作，他覺得雇主對他有成見。」在病人角色方面，能遵守病房規則及醫囑。有部分病識感，面對壓力多採壓抑、逃避，不會尋求幫助。依照艾瑞克森心理社會發展理論，個案已進入友愛親密與孤癖疏離階段，父母非常關心個案，家人彼此相處融洽；其表示獄中兄弟相處良好，但入院後與其他病友互動較少。

(3) 相互依賴

個案較依賴母親，個案表示：「沒有入獄前是跟爸爸、媽媽、弟弟及妹妹一起住在三峽。」住院期間多半是家人輪流照顧個案，互動良好，較少看到其它親朋好友探視。

4. 護理計畫

綜合以上護理評估，確認個案主要問題有無效性因應能力、身體活動功能障礙 / 肌肉骨骼及急性疼痛。針對上述健康問題，運用羅氏適應模式評估與彙總個案身體及心理等層面資料，提供個案相關護理措施，詳述詳見附件一、二及三。

5. 結論

本文個案是一位受刑人，在服刑期間面臨負面事件導致無望感，進而引發自殺未遂，面臨未來的無助感及左手受傷後的日常生活活動能力障礙。在護理有自殺意念的病人，首要真誠的關懷、無條件的接納態度、尊重病人的存在價值感，建立起良好的護病關係。護理過程中提供適當的疼痛處置及協助促進肌肉力與自我照顧能力的訓練，以緩解疼痛不適及肢體活動障礙等問題，有助於個案接受及調適自己；在心理方面，陪伴及鼓勵個案說出心中感受、自殺理由，藉由闡述事情的前因後果，了解可能改變的契機，減輕矛盾，強化個案想活下來的承諾。護理人員引導個案面對壓力如何妥善處理，強化家庭支持功能與提供心理支持，調適引導個案檢視自己，增加自信心。思考因心理疾病觸犯非暴力犯罪而遭監禁之個案，其社會復歸之需求如何被滿足，強化正向能量，引導建構自己可預想的未來，鼓勵個案為達成治療目標而採取行動，重拾生活中自我的力量，恢復健康。

照顧限制與困難，因個案出院三個月後即入監服刑，故減少個案與外界之聯繫（尤其家庭），外界較難長期追蹤個案心理健康。筆者並於 9 月 16 日電話追蹤個案的狀況，個案表示有持續門診復健，目前身心狀況良好。建議可與現今的矯正機構建立良好的轉介通報及追蹤心理衛生機制、採行認知處遇策略、協助受刑人接受情緒控制，使自殺通報及關懷訪視服務能有效落實。

參考文獻

王蔚芸、王桂芸、湯玉英 (2007)。焦慮之概念分析。
 長庚護理, 18(1), 59-67。

南玉芬 (2011)。自殺企圖者的死亡意泊探討。生死學
 研究, 12, 90-123。

李明濱 (2011)。矯正機構與自殺防治 (第二版)。
 台北市: 台灣自殺防治協會全國自殺防治中心。

李明濱 (2007)。青少年心理衛生與自殺防治 (第一版)。
 台北市: 行政院衛生署自殺防治中心。

李佳薇、黃莉媛、葉素娥 (2014)。運用 Watson 關懷理論
 照顧一位腦瘤復發病人之護理經驗。長庚護理,
 25(3), 364-373。

吳佳儀 (2014)。自殺篩檢工具之效果: 掌握先機防治自殺,
 活化網絡挽救生命。自殺防治網通訊, 9(3), 4-7。

南玉芬 (2014)。衛生與福利攜手~自殺通報關懷服務的
 新契機。社區發展季刊, 145, 129-142。

梁玉雯、葉明莉 (2013)。特殊事件護理。蕭淑貞 (主編)。
 精神科護理概論—基本概念及臨床應用 (647-686),
 台北市: 華杏。

高紀惠 (2009)。NANDA-I 護理診斷手冊 2009~2011。
 台北市: 華杏。

徐苑雲、陳筱瑀 (2008)。焦慮的概念分析。志為護理,
 7(3), 65-70。

許春金 (2010)。人本犯罪學。台北市: 三民出版社。

靳燕芬 (2007)。傷口換藥疼痛護理。護理雜誌, 54(3), 87-91

廖士程 (2015)。台灣防治之十年回顧檢討展望。台灣公共衛生
 雜誌, 34(3), 227-239。doi: 10. 6288/TJPH201534103131.

詹茹璇、周佳諦、詹雅琦、張玲華 (2010)。照顧一位
 住院中二次腦中風病患之護理經驗。安泰醫護雜誌,
 16(2), 105-120。

附件一 護理計劃 (問題二)

問題二: 急性疼痛 (2015/08/25 確立)	
第一層次評估	主觀資料: 1. 8/24 左胸壁麻痛情況, 疼痛指數約 5-6 分。 2. 8/24 左手傷口劇烈抽痛頻繁, 且麻麻的, 疼痛指數約 7-8 分。 3. 8/24 換藥前表示: 「可不可以打止痛針」。 客觀資料: 1.8/24 冒冷汗、皺眉、閉目、煩躁不安等動作。 2.8/24 生命徵象: 體溫 37°C, 脈搏 102 次/分, 呼吸 26 次/分, 血壓值 136/78mmHg
第二層次評估	主要刺激: 1.8/24 左手割腕術後傷口及胸管置入摩擦肋膜疼痛。 相關刺激: 1. 8/24 姿勢改變, 左側躺。 2. 8/24 情緒影響。 3. 8/24 衣服摩擦到傷口。
護理目標	8/26 個案能接受並能在 Demerol 50mg IM q4h prn 藥物使用下, 疼痛指數維持在 4 分以下。 8/28 個案能說出三項對緩解疼痛有幫助的放鬆技巧。 8/30 個案術後傷口保持乾燥, 管路勿滑脫。 9/02 出院前不再使用 Demerol 針劑作止痛, 疼痛指數能 ≤ 3 分。
護理措施	1. 指導個案本身、家屬, 予施打止痛劑後, 可在患肢同側處的左背部、左上肢及左側胸大肌用乳液做輕柔按摩的動作, 以達到舒適為主。 2. 使用數字量表評估疼痛並記錄疼痛部位、持續時間、性質。 3. 鼓勵家屬換藥時陪伴在病患旁, 握住個案的手或輕拍肩膀, 使心情放鬆, 減輕疼痛感。 4. 每日評估胸管固定位置, 勿扭曲、勿拉扯胸管及引流功能, 時觀察胸管紗布有無滲血、潮溼及脫落, 必要時更換敷料。 5. 依醫囑給予 Ultracet 1 # po qid, 觀察有無藥物副作用。 6. 協助個案採右側臥舒服臥位, 左手使用枕頭支撐, 下床活動時可用手臂吊帶輔助。 7. 疼痛時可以鼓勵深呼吸, 協助分散注意力, 例如到交誼廳看電視、閱讀雜誌書籍或聽音樂。
評估	8/26 個案主訴施打止痛劑後, 疼痛指數可從 7-8 分降至 5-6 分。無冒冷汗、皺眉、閉目、煩躁不安等動作。 生命徵象: 體溫 36.8°C, 脈搏 96 次/分, 呼吸 24 次/分, 血壓值 110/72mmHg 8/28 評估傷口疼痛指數可降至 3-4 分。 8/28 個案指出白天可藉由看電視、閱讀小說及聽音樂能轉移疼痛不適感覺, 夜間睡眠可維持 7-8 小時無間斷。 8/29 胸管位置固定一致無滑脫, 引流功能良好, 傷口乾燥無分泌物。 8/30 個案表示可目前服用醫師開立的 Ultracet 1 # po qid 處方即能有效控制。 8/30 依醫囑移除胸管, 傷口乾燥無分泌物

韓文蕙、徐玉珍 (2013)。護理人員照護自殺患者之自學網站製作。《健康管理學刊》，11 (1)，1-14。

蕭佳莉、邱啟潤 (2011)。居家照護病患之主要照顧者正負向照顧經驗及其相關因素之探討。《護理暨健康照護研究》，7(2)，127-139。doi: 10.6225/JNHR.7.2.127

蘇宗偉、李明濱 (2006)。自殺的流行病學。《台灣醫學》，10(3)，328-337。

台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心 (2011 年 3 月 7 日)。珍愛生命不分族群，從人文關懷出發，關懷監所住民身心健康。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心新聞稿。取自 <http://tspc.tw/tspc/portal/news/content.jsp?sno=672&type=news>

Beck A.T., & Emery, G.(1915). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Book.

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(3-4), 372-394.

Nakagawa,A., Grunebaum,M.F., Oquendo,M.A., Burke,A.K., Kashoma, H. J., & Mann, J. (2009). Clinical correlates of planned, more lethal suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 112, 237-242. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.021.

O' Carroll, P. W., & Berman, A. L. (1996). Beyond the tower of babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.

WHO(2014).WHO | Preventing suicide: A global imperative. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

附件二 護理計劃 (問題三)

問題三：身體活動功能障礙 / 肌肉骨骼、神經功能障礙 (2015/08/26 確立)	
第 一 層 次 評 估	<p>主觀資料：</p> <p>1. 8/24 左手傷得很深，活動很不方便，何時才不需要石膏固定。</p> <p>2. 8/25 還要靠家人幫忙自己穿衣及洗澡，很不想麻煩家人，更擔心回到獄中需要依賴他人。</p> <p>3. 8/25 病患左手腕關節約 10-15 度小幅度運動，手指無法 90 度彎曲抓握。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1.8/24 左手前臂肌腱、神經及血管損傷術後傷口，多處不規則吻合修補傷口。</p> <p>2.8/25 左側肢體肌肉張力等級 2 分，去除重力後，可在運動範圍內活動。</p>
第 二 層 次 評 估	<p>主要刺激：</p> <p>8/24 左手執行精細和粗動作技巧能力受限，無法執行日常生活活動。</p> <p>相關刺激：</p> <p>8/24 身體結構及功能改變，未安排固定執行關節度的運動 (ROM)。</p> <p>剩餘刺激：</p> <p>8/24 未受傷前可自理日常生活活動。</p>
護 理 目 標	<p>8/29 個案能漸進式練習增強上肢肌力，會診復健科，共同制定被動性 ROM 運動規則。</p> <p>8/30 個案能利用右側健肢完成穿脫衣、褲動作。</p> <p>9/01 個案能進行避免肢體僵硬和攣縮的復健行為。</p>
護 理 措 施	<p>1. 能正確執行左側肢體的被動全關節運動，熱敷關節處 15~20 分鐘後，每天 4 次，每次 20-30 分。強度：拉到感覺有阻力的那一點或是病患感覺有中等度的不舒服。肘部伸展運動：一手固定病患肩部不讓它離床，輕柔把前臂往下拉，維持 30-60 秒。腕部與手指伸展運動：一手固定抓住手指，一手固定手肘將手指手腕一起伸直保持 30-60 秒。</p> <p>2. 與家屬共同討論個案復健計劃，預約復健科門診。</p> <p>3. 個案獨立執行自我照顧活動，家屬多以鼓勵的話來增強個案的活動動機，如：「你做的很棒，有進步。」</p> <p>4. 指導個案及家屬選擇套頭式的 T 恤，屬避免選擇有鈕扣的上衣。選擇有鬆緊帶或黏貼式的褲子，如：運動褲、滑板褲等。避免選擇有釦子或綁帶的褲子。</p> <p>5. 指導個案穿著上衣之步驟：右手拿起上衣→以頸部配合下巴夾住左側上衣下擺的衣角→右手先穿入袖口→頭部→患側→以右手整理上衣。</p> <p>6. 指導個案穿著褲子之步驟：坐在椅子上→雙下肢先穿越褲管拉至雙側大腿→站起→拉起褲子→以右手整理褲頭鬆緊處或黏貼處。</p> <p>7. 教導個案維持左手臂及石膏確的擺位，預防攣縮、痙攣與垂腕。</p>
評 值	<p>8/29 腕部與手指伸展運動運動，表手腕處彎曲 15 度有限會麻痛，將拉直時間縮短為 15 秒，個案可接受。</p> <p>8/30 個案可以自行由床轉位到下床，不會感到吃力。能在浴室刷牙洗臉，洗澡時能自己清洗但仍需家屬在旁邊輔助。</p> <p>9/01 左側肢體無僵硬，第三至第四手指關節彎曲活動，無攣縮情形，肌肉力量為 3 分。</p> <p>9/01 復健科診視做副木，出院後一星期個案繼續至復健科復健。</p>

附件三 護理計劃 (問題一)

問題一：無效性因應能力 / 情境上危機 (2105/08/25 確立)	
第 一 層 次 評 估	<p>主觀資料：</p> <p>1. 8/24 很多壓力，心情一直不好，不知道自己還要服刑多久，以後出來工作不知道找不找的到，擔心未來經濟來源。</p> <p>2. 8/24 把獄友的手機弄壞，賠不出錢，不知道該怎麼辦？我怕被家人罵，所以不敢跟說。</p> <p>3. 8/24 服刑中我盡量做好 (表現良好)，別人 (家人和朋友) 也不會認同我，不知道未來在哪？</p> <p>4. 被判強盜罪入獄是因為雇主認為我有偷竊，故意找藉口讓我離職，因此我很生氣才會搶奪雇主的皮包，丟棄河床邊。</p> <p>5. 8/24 一想到要回到監獄被關起來，就覺得失去自由，還要服刑五年才能假釋，人生覺得無意義。</p> <p>客觀資料：</p> <p>1. 8/24 寡言，開放性問句回答較為簡略。</p> <p>2. 8/24 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。</p> <p>3. 8/24 家中經濟來源都是由爸媽支持。</p>
第 二 層 次 評 估	<p>主要刺激：</p> <p>1. 8/24 求助他人 (家庭) 或組織 (獄中) 訊息有困難。</p> <p>2. 8/24 沒有能力滿足本身基本需求 (金錢) 及各角色期望。</p> <p>相關刺激：</p> <p>1. 8/24 傷害自己或他人 (搶奪雇主的皮包)。</p> <p>2. 8/24 解決問題能力較差。</p> <p>3. 8/24 人身自由受限。</p> <p>剩餘刺激：</p> <p>1.8/24 入獄服刑，喪失人生自由權。</p>
護 理 目 標	<p>8/26 個案能說出經歷的情境壓力及表達心中的感受。</p> <p>8/31 個案能在一周內說出三項正向的思考與合適的因應方式。</p> <p>9/02 個案出院前面對壓力時能採適應性調適機轉，確保不再有自我傷害行為。</p>
護 理 措 施	<p>1. 提供一個隱密性空間建立安全感，利用詢問技巧、傾聽、同理的態度引導說出對於這次經歷的感受，接受個案的任何情緒反應、不批評，必要時給與輕拍肩膀，談話時注意回應如點頭，提供心理支持。</p> <p>2. 會診精神科專家，依醫囑給予抗焦慮鎮靜安眠藥物，注意服藥後有無副作用。</p> <p>3. 鼓勵父母親及妹妹表達出對個案自殺事件的內心感受，並強調家庭成員溝通的重要性。</p> <p>4. 定時 15-20 分鐘與個案會談，明白指出其進步之處及優點並口頭給予肯定。</p> <p>5. 定期於個案單位確實安檢，移除危險物品。加強訪客進入之安檢，衛教家屬危險物品種類，避免帶入。</p> <p>6. 引導個案及家屬思考：有類似問題可以找誰幫忙。教導壓力危險警訊，例如：焦慮不安、緊張、易怒、難過、挫折感、情緒易激動、專注力不佳、失去定向感、邏輯思考困難、喪失客觀性、出現危險行為或攻擊行為、產生自殺意念等。</p> <p>7. 8/21 會診精神科於加護病房訪視，精神科醫師診斷為焦慮及疑似邊緣性人格障礙，建議微量抗焦慮及安眠藥物使用，並轉介社工，提共自殺防治中心電話、網路訊息及相關社會資源。</p> <p>8. 鼓勵個案在日後處理壓力衝突事件時可利用生活上可被接受的情緒發洩，如：寫日記、畫畫及用言語表達感覺，或藉宗教力量等正向應變措施。</p> <p>9. 個案表示平常會聽流行歌及閱讀書籍，請家屬攜帶收音機聆聽及書籍，以放鬆心情。</p> <p>10. 培養自我調適之能力及壓力因應，以紓解情緒及調適身心壓力，如：睡眠充足、營養均衡、養成規律運動及適當的休閒活動。</p>
評 值	<p>8/26 個案能說出內心感受：「我很後悔會自殺，以後不再衝動，做傻事，對家裡的人感到抱歉」，自覺住院心情比較好，顯示自殺意念比較低。</p> <p>8/27 個案表示：「接下來會好好地和父母親討論如何面對往後生活尋求解決方法，等待身體靜養良好，回到獄中與主管報備分發」。</p> <p>8/31 能說出合宜的調適方法面對壓力，如：「會到郊外散心讓心情平」、能於引導會談下知道自己的壓力源，及用紙筆寫下來和家人說出想法、「主動表示睡眠有 8 小時以上，食慾也不錯」。</p> <p>8/31 個案準備與媽媽參加一貫道坐禪。</p> <p>9/02 個案出院，轉介社工做後續追蹤，皆未出現自傷行為。</p> <p>出院後一周電話訪談個案表示心情較為愉悅，食慾睡眠良好，體重增加 2 公斤。母親表示一直有跟獄中輔導管理員聯絡，告知病情及兒子疾病健康問題因素，故短期 3 個月內暫不會回到獄中。</p>