

一位跳樓自殺導致顱內出血青少年患者之護理經驗

魏榛誼¹、李彩緣³、陳宥蓁¹、陳珈諭¹、洪尚祐²

澄清綜合醫院 護理部¹、神經外科²、中山醫學大學附設醫院中興分院 護理部³

摘要

本文為描述一位青少年因與男友情感糾紛而爭吵，雙方無法達成共識，情緒過於激動採取跳樓自殺行為，導致顱內出血住院之照護經驗。護理期間自2018年8月15日至2018年8月25日透過會談、觀察、傾聽及直接照護收集資料，運用Gordon十一項功能性健康型態進行護理評估，確認個案因自殺導致顱內出血有多項護理問題，考量篇幅，依健康照護需求的優先順序，故僅針對「身體活動功能障礙」、「無效性因應能力」及「無望感」護理問題進行討論。護理過程中，藉由引發參與醫療活動意願，與個案訂定每日運動計畫的措施，教導個案漸進式活動、增強活動力，學習自我照顧能力技巧，克服身體功能上的障礙；主動積極關懷，密切觀察情緒行為變化，引導訴說內心想法，教導穩定情緒之技巧，教導因應壓力技巧，正向面對問題；藉由傾聽和陪伴，引導表達內心想法，提供紓壓方式及正向支持，並鼓勵個案參與治療計畫及自我照護，提昇自信心，促進個案自我肯定、建立自我價值，改善無望感。建議跨團隊合作，提供維持妥善醫療照護，並協助建立良好家庭關係，予出院前續轉介相關醫療團隊協助收案，定期追蹤治療動向、關懷患者病況，預防再次自我傷害。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（2）：58-67）

關鍵詞：自殺、顱內出血、無效性因應能力、無望感

通訊作者：陳珈諭

通訊地址：台中市區平等街139號2樓

E-mail：stars0621@gmail.com

前言

衛生福利部（2018）全國自殺通報資料統計顯示，自殺已連續八年名列國人十大死因之一[1]。青少年是自殺的高風險群之一，當青少年有無法承受之煩惱、情緒困擾或壓力負荷時，未即時尋找紓壓管道、缺乏適當調適及壓力管理，導致為求解脫痛苦而尋求自殺，顯現自殺問題須被重視[2]。以跳樓行為方式自殺，往往因高處墜落導致顱內出血（Intracranial Hemorrhage, ICH）及身體多重嚴重創傷，造成失能，因此如何協助患者面對自殺後身體傷害及解決之心理問題極為重要[3,4]。本文個案因與男友為情感糾紛而爭吵，情緒過於激動而跳樓自殺，導致顱內出血，造成肢體功能受損。照護過程中，個案總是愁眉苦臉、鬱鬱寡歡，與之對談，多無回應，不願配合照護及治療，故引發照護動機。希望藉由主動陪伴及傾聽，建立對醫療團隊的信任感，密切其觀察情緒行為變化，引導說出內心想法；教導穩定情緒之技巧，增強支持系統，提升復健參與意願，給予正向支持，積極學習後續照護技巧，改善身心問題。

文獻探討

一、青少年的自殺問題

自殺案例中，青少年與老年的自殺問題引人注視，而青少年（15-24歲）主要死亡原因中，自殺位列第二名[5,6]。在生活事件及社會型態改變下，使個人生活壓力日漸增加，文獻指出青少年若在自己認同及人際角色關係出現問題，如同儕間相處遭受挫敗、家庭親子關係或感情失和等，若缺乏舒

壓管道、沒有適當因應能力與調適，又缺乏支持系統；或個人情緒處理及人格之模式較不成熟，遇到問題衝突時，缺乏有效的溝通，易有焦慮、挫折、憂鬱、憤怒、失落、自責、哀傷或絕望等情緒，使其無法冷靜理智地省察自我對生命的態度與思考解決方法，易產生自殺意念，以自殺的方式來逃避問題[3,5]。

二、自殺患者合併腦出血常見的護理問題及照護

跳樓自殺行為者若自殺未遂除了可能導致嚴重的器官性的損傷，也會衍生出憂鬱或其他身心心理健康問題[3]。患者常因許多創傷性顱內出血導致腦部神經功能受損，造成身體活動功能障礙，導致無法自主活動，日常生活活動需要依賴他人，照護需求劇增且因而導致家庭經濟支出負擔[7,8]。照護重點為耐心傾聽溝通、尊重關懷，讓患者感受到接納、支持與陪伴，強化家庭支持系統，引發參與醫療活動意願；與家屬和患者共同討論復健計劃，建議家屬多以鼓勵話語以增強活動動機；盡早執行復健訓練，藉由全關節運動、患側訓練及使用輔具等，克服身題障礙、避免關節攣縮；學習正確的姿勢及漸進式增進活動力，加強學習日常生活的照顧技巧；提供持續性的物理治療、職能治療，漸進式增加運動量，提昇患者的獨立性及自我控制感[8,9,10]。

針對因應問題，採主動關懷態度建立良好信任關係，給予心理支持；需隨時觀察患者心境波動、想法、言語或異常行為，引導患者正視自殺導因；教導壓力因應技巧，增進正向因應策略；藉由提供增進正向因應策略，引導正向思考；提供專業心理諮商給予心理治療，協助患者面對自殺所帶來心理衝擊，重拾信心；教導自我調適技巧，並給予正向肯定；輔導人際關係調適，提供良好社會資源及轉介，提供持續性照護，使患者能主動尋求支援管道；建議藉由喜愛興趣，如音樂、繪畫、歌唱等轉移負向情緒；建議家庭成員運用多元溝通方式，鼓勵互相表達內心感受，讓患者感受到家庭支持與關懷，透過情感的連結強化生存動機，提昇壓力因應能力[5,11,12]。

跳樓自殺未遂者不但要面對自殺前之情緒困擾問題，還需面對自殺後長期的身體傷害，因而易產生無望感[13]。可運用自殺防治之核心思想：「聯

繫、溝通與關懷」，醫護人員可提供支持及陪伴，以傾聽但不批判的方式給予關懷，建立良好護病關係；提供個別性護理措施，確認患者的護理需求，協助產生正向行為與態度；尊重關懷，使患者擁有歸屬感、被重視感、感到被需要；鼓勵患者訴說壓力事件、澄清錯誤看法，教導自我情緒控制，提昇認知功能；移除周遭危險物品如尖銳器械等，提供安全治療環境；多注意異常行為，自殺誘因發現與消除；提供正向支持，提升個人發展與成長以增加自信；提高家人間情感的結合，增加家庭支持；聯繫社工服務、提供社會資源及管道，建立社會支持系統，強化人際網絡；透過親情網絡、宗教信仰，提升正向情緒和行為調適；適時提供即早精神照會、心理支持及諮商，然使患者能有正向信念並採取正向問題解決的方法[7,13,14]。

護理評估

一、個案簡介

尤小姐，19歲，國中畢業，待業中，與案父母、案弟同住，家中經濟小康，金錢由父母提供。案父（46歲）為職業軍人、案母（40歲）為銀行行員、案弟（12歲）小學六年級、祖父（80歲）為鎖匠退休，有憂鬱症；祖母（80歲）為家管，有高血壓。住院期間主要照顧者為案母。

二、過去病史及治療經過

個案無過去病史及過敏史。此次於7/25與男友因情感糾紛爭吵，雙方無法達成共識，情緒過於激動，自五樓高處跳下輕生，導致頭部、右骨盆、四肢大範圍擦傷，送至急診求治，GCS：E₁V₁M₁，瞳孔大小/光反射為R/L 4.0-/5.0-，體溫36.8度，心跳100次/分，呼吸20次/分，血壓140/85mmHg，SpO₂：84%，予放置氣管內管。腦部斷層掃描顯示左側急性硬膜下血腫、顱骨骨折、蛛網膜下腔出血；X光顯示雙側恥骨骨折，緊急行開顱術，移除硬膜下血腫及顱內血腫、硬腦膜修復。術後頭部傷口約13cm，放置一條引流管Hemovac（H/V）、顱內壓監測器、尿管及鼻胃管留置，呼吸器使用，入住加護病房治療。7/25當日術後意識即恢復E₄V₆M₆，瞳孔大小/光反射R/L 6.0+/6.0+，雙上肢肌力各為4分，右腳肌力約3分，左腳肌力約2分。8/6頭部傷口癒合良好，已拆線，外觀乾燥；醫師評估有憂鬱傾向，

予會診身心科。8/11行呼吸訓練，成功於8/13拔除氣管內管。8/14拔除鼻胃管，8/13-8/15顱內壓監測器維持於10-12mmHg，8/15H/V引流量2ml，故拔除顱內壓監測器及H/V後轉至一般病房。8/15入病房時GCS：E₄V₅M₆，瞳孔大小/光反射R/L 5.0+/5.0+，雙上肢肌力4分，雙下肢肌力3分，體溫38.5℃、心跳107次/分、呼吸21次/分、血壓135/78mmHg。觀察個案愁眉苦臉、鬱鬱寡歡，與之對談，多無回應，不願意配合照護及治療，故介入照護。8/17會診復健科安排復健治療計畫。8/18轉介心理師提供心理諮商；轉介社工師提供可利用之社會資源並定期追蹤治療動向。8/25病情穩定出院，由出院準備服務護理師給予出院後續照護需求評估及協助，並安排出院後門診復健治療。

三、護理評估

於2018年8月15日至2018年8月25日照護期間，運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估，以會談、觀察、傾聽及直接照護收集資料，評估分析如下：

（一）健康認知與健康處理型態

個案表示平日少生病，偶爾感冒會至診所求治，無食用營養保健食品習慣。18歲開始抽菸（約10支/天）；平日於聚會時會小酌，飲酒量約600ml；平日和男友吵架後會酗酒及抽菸發洩情緒。8/15-8/17不願配合醫療處置及照護。8/18個案嘆氣、話語緩慢表示：「都這樣了，做甚麼都一樣，沒有意義。」、「現在做什麼治療也於事無補。」評估個案對治療採消極因應態度，併入無效性因應能力護理問題處理。

（二）營養與代謝型態

7/25入院時165公分，62公斤，理想體重57公斤，BMI：22.7kg/m²，外觀身材中等，屬正常範圍。個案表示平日多採外食，會挑食，喜好手搖飲料及炸物、肉類，不愛吃水果。7/25術後Hb13.5g/dl，Na⁺ 140 mmol/L，K⁺ 2.8mmol/L，Albumin 3.0g/dl。7/25-8/14由營養師調配1,800kcal/天的管灌飲食，消化佳。8/14拔除鼻胃管改由口進食。8/15體重61公斤，Hb12.4g/dl，Na⁺ 144mmol/L，K⁺ 3.2mmol/L，Albumin 3.1g/dl。8/15-8/25三餐皆由案母購買外食及

協助進食，食慾良好。觀察每餐約吃白飯一碗、3-4樣青菜、一份肉類、一份湯品，攝取熱量約1,750kcal/天，消化良好，腹部觸診柔軟，叩診無鼓音；飲水量約1,200-1,600ml/天。評估皮膚飽滿有彈性，四肢末梢溫暖，無發紺、水腫情形。

（三）排泄型態

個案平日每日排便一次，排尿正常，一天4-6次。7/25-8/14於加護病房期間約2天解便一次，糞便呈褐色、軟、成形便。8/15-8/25每天解便，解便性質正常。7/25-8/15導尿管留置，尿量約1,400-1,800ml/天，呈淡黃色、無沉澱物。8/15拔除尿管後，可自解尿液，一天約5至8次，呈淺黃色，尿量約1,400-1,600ml/天，無解尿困難或無疼痛感。

（四）活動與運動型態

個案表示平日喜歡聽音樂及看電視，不愛運動。8/15觀察呼吸規則平穩無痰音，約18-20次/分，胸部起伏左右對稱，無使用呼吸輔助肌。評估雙上肢肌力4分，雙下肢肌力3分，無法自行翻身，移動時協調能力差；雙手手指無力，無法執行精細準確動作。案母表示：「她（指個案）手腳使不出力氣，站都站不穩；手沒什麼力氣，拿東西都拿不起來。」8/15-8/16進食、沐浴、如廁及穿衣服皆需案母協助執行，多臥床休息，偶坐起時身體容易往後倒。8/16下床需他人攙扶，無法站立超過5分鐘。經評估確立有「身體活動功能障礙」護理問題。

（五）睡眠與休息型態

個案平日有熬夜習慣，時常凌晨四點才睡，中午十二點至一點起床，睡眠約8-9小時。7/25-8/14於加護病房期間因頭部傷口疼痛有睡眠中斷情形，夜眠約3-4小時，依醫囑給予鎮靜劑Propofol Pump Keep 10cc/hr視需求調整滴數，讓個案適度休息。8/15-8/18觀察個案夜眠偶有中斷情形，半夜醒來需要案母一同躺在病床上，抱著個案安撫情緒才能睡著。8/18個案話語緩慢的表示：「晚上有時候會做惡夢，夢到跟男友吵架或是跳樓時的情景，醒來後會感到害怕，需要媽媽抱著，才有安全感。」、「來病房後晚上睡比較熟，雖然不是一覺到天亮，但是起床後感覺比較有精神。」個案無使用安眠藥物，夜眠約7小時，觀察眼皮無浮腫或黑眼圈，無打哈欠情形，中午會睡約1小時。

（六）認知與感受型態

個案平時意識清醒，感受型態視覺、聽覺、嗅覺、味覺正常，雙眼近視150度，但鮮少戴眼鏡。7/25術後即恢復意識GCS：E₄V₅M₆，呼吸器使用時，以點頭、搖頭方式、紙筆書寫方式溝通。8/15轉入病房時GCS：E₄V₅M₆，在與他人溝通時，能緩慢說出單字，尚能理解他人語意。8/15個案皺眉指著頭部傷口表示：「痛。」，依醫囑給予止痛藥Traceton（複方）1# PO QID使用中。案母表示：「有吃止痛藥，她就不會說痛。」評估疼痛指數2-3分，血壓135/78mmHg。8/17開始進行語言治療。8/18可緩慢說出完整語句。

（七）自我感受與自我認知型態

個案平日鮮少向家人敘述心情及感受，多以忽略、轉移話題方式逃避和家人談論近況。案母表示個案平常情緒不穩，有時候會突然大哭，曾多次在社群網站張貼負面情緒文章及透露和男友的感情問題。8/6因個案出現哭泣、皺眉、拒絕溝通，醫師評估有憂鬱傾向，予會診身心科，依醫囑給予抗憂鬱劑Flurionin 20mg 1# HS PO使用，於住院期間皆持續使用。8/15-8/18觀察個案愁眉苦臉、神情顯落寞，缺少眼神接觸，心神不定，情緒低落、少語言表達、垂頭哭泣，時常面無表情望著遠方或是眼神放空的状态。8/18個案表情平淡，話語緩慢表示：「以前想去哪裡就去哪裡，想做什麼就做什麼，現在連吃飯也都沒有辦法自己吃，什麼都要人家照顧，真的很累贅。」、「現在活著根本沒意義，我很後悔自殺，身體變得更糟糕，我想躲起來，封閉自己，現在比死了更難過、更痛苦。」、「不知道自殺後得到什麼，沒希望和動力，也沒有想活下去的意志。」、「為何要救我，我並不想活下來呀！」經評估確立有「無望感」護理問題。

（八）角色與關係型態

個案主訴平日家人採開放式溝通，但不會把心事告訴家人，且會迴避向家人談論近況，互動不密切、不熟絡。喜歡自己單獨活動，沒有固定之同儕團體。住院期間由案母及案弟照顧，案母及案弟非常關心個案病情進展，時常詢問主治醫師何時查房、當日有什麼醫療活動，當個案情緒不穩時會安撫個案。案父偶來探視，互動平淡。案母表示個案

平日常吵架及冷戰。7/25-8/25住院期間案男友並未到醫院探視，亦無聯繫，提起男友時，個案會避而不談。8/15-16觀察個案與其他病友無互動，不想與他人接觸，與他人交談時，缺乏眼神接觸，多以簡短語句回應他人，語言表達減少、情緒低落，拒絕親友探訪。8/18提及案男友時，緊握雙拳捶自己的腳，眼神憤怒，呼吸急促表示：「為什麼他都不來看我，是要我再自殺一次，他才甘願嗎？」；嘆氣表示：「我覺得我跟我男朋友無法繼續走下去了，只有死了問題才能解決。」經評估確立有「對自己潛在危險暴力行為」護理問題。安排心理師介入協助諮商輔導。

（九）性與生殖型態

個案未婚，初經年齡於11歲，每月經期正常，週期27天，無懷孕史，性功能正常，為異性戀，以戴保險套為主要避孕方式。與案男友交往一年半，親密程度已有性行為，常吵架及冷戰，無愛的歸屬感，住院期間案男友不曾至醫院探望個案。

（十）因應與壓力耐受型態

案母表示個案平日工作不順或和男友吵架心情不好時會藉酗酒及酗菸發洩；和男友吵架時，也曾用後腦勺撞牆傷害自己；容易沮喪、心情低落，和男友溝通不良，也不知道有什麼方法能調整情緒，致使個案想傷害自己去換取對方關切。8/15-8/17個案不願意配合醫療處置，愁眉苦臉，與之說話，多無回應，表情顯淡漠，捶打著自己的腳。8/18個案雙手抱頭嘆氣、流淚搖頭表示不想做復健。8/18個案低頭表示：「現在變這樣，自己都不知道該怎麼辦？我真的不知道現在還能做什麼？」、「我真的很不想醒來，醒來都是負面的情緒，不知道要怎麼面對未來的路。」經評估確立有「無效性因應能力」護理問題。

（十一）價值與信念型態

個案信奉傳統民間信仰，8/19個案表示自覺宗教對自己沒有太大慰藉，不會特別尋求宗教支持。對於物質追求低，沒有買奢侈品的慾望，對未來生活沒任何生涯規劃。8/19個案表示：「我總是容易生氣、退縮、害怕，沒有人可以幫我解決問題，覺得找不到支持。」、「我受夠這一切了，對於人生已經沒有眷戀。」、「心情很差，

人活著到底有什麼意義？」，經評估確立有「心靈困擾」護理問題。

護理問題與計畫

綜合以上評估，個案有多項護理問題，考量

篇幅及健康照護需求之優先順序，故針對「身體活動功能障礙/與顱內出血後神經受損有關」、「無效性因應能力/缺乏壓力因應技巧」及「無望感/無法從事日常生活活動及失去自我控制感」護理問題做深入探討，提供護理計畫如下：

護理問題一：身體活動功能障礙/與顱內出血後神經受損有關（8/15訂）

主 / 客 觀資料	主觀資料 1.8/15 案母表示：「她（指個案）手腳使不出力氣，站都站不穩；手沒什麼力氣，拿東西都拿不起來。」 客觀資料 1.8/15 評估個案雙上肢肌力 4 分，雙下肢肌力 3 分，無法自行翻身，移動時協調能力差；雙手手指無力，無法執行精細準確動作；不願配合照護及治療。 2.8/16 個案多臥床休息，偶坐起時身體容易往後倒；下床需他人攙扶，無法站立超過 5 分鐘。 3.8/15-8/16 進食、沐浴、如廁及穿衣服皆需案母協助執行。
護理目標	1.8/18 個案願意主動參與復健計畫。 2.8/22 個案能配合執行 2 項復健運動。 3.8/25 個案能正確使用四腳助行器步行 3 公尺。
護理措施	1.8/15 耐心多次進行探視，會談時鼓勵個案表達不想下床活動的原因，班內 2-3 次，10-15 分鐘 / 次。 2.8/16 主動關懷，耐心傾聽溝通，接納其感受，給予支持與陪伴，引發參與醫療活動意願。 3.8/16 向個案解釋復健及全關節運動可促進肢體活動功能，提昇參與意願復健治療。 4.8/17 與物理治療師討論，安排適合個案的活動計畫，並陪伴個案復健，加以掌聲給予正向支持及鼓勵，如「你會每天越來越進步。」 5.8/18 教導案母每日幫個案熱敷及按摩手腳關節及做被動關節運動一天 2 次，20-30 分鐘 / 次。 6.8/19 教導個案雙手可抓握復健球，進行小肌肉復健一天 3 次，15 分鐘 / 次。 7.8/19 由復健師教導個案坐著將手臂置於床旁或椅子上，協助以軀幹做轉身動作，訓練抓取身體重心，5 次 / 天。 8.8/20 教導個案徒手將彈珠從 A 盤子拿取放至 B 盤子，訓練手部精細動作一天 2 次，10 分鐘 / 次。 9.8/20 由復健師訓練個案使用四腳助行器站立，站立時將身體重量平均分散在雙手及雙腿，重心逐漸向前移，先抬右腳往前移動約 20 公分，待右腳完全著地後再換左腳，重複練習。 10.8/21 與個案訂定每日下床走路運動計畫並記錄里程數，漸進式增加運動量。 11.8/22 由復健師教導個案使用四腳助行器練習走路運動 15 分鐘 / 次，並逐日增加距離 0.5 公尺。

護理問題一：身體活動功能障礙/與顱內出血後神經受損有關（8/15訂）（續）

護理評估	1.8/18 案母邊幫個案做被動關節運動邊鼓勵個案參與復健。個案表示：「媽媽鼓勵我要多復健，才可以趕快恢復身體活動力，今天嘗試做復健看看，不然什麼都不做也不是辦法。」 2.8/22 觀察案母每天會幫個案做手腳被動關節運動。復健師教導個案站姿平衡時，個案表示：「我練習幾次後感覺比較可以站穩些，再多練幾次吧！」；個案徒手將 20 顆彈珠移位至另一個盤子中，表示：「現在有抓到訣竅了，感覺自己變比較靈活一點了。」 3.8/25 個案使用四腳助行器從病房走到走廊約 3 公尺。個案表示：「每天照運動計畫練習雖然很簡單，但執行卻很辛苦，還要努力練習，希望越來越進步。」 4.8/25 安排個案出院後固定每週 3-4 天會回醫院門診做復健。由出院準備服務護理師給予出院後續照護需求評估及協助。 5.9/10 至門診復健治療室探視個案，個案表示：「我有認真做復健，慢慢進步，現在可以用助行器走去小公園散步，媽媽會陪我。」
-------------	---

護理問題二：無效性因應能力/缺乏壓力因應技巧（8/18訂）

主/客觀資料	主觀資料 1.8/18 個案嘆氣、話語緩慢表示：「都這樣了，做甚麼都一樣，沒有意義。」、「現在做什麼治療也於事無補。」 2.8/18 個案低頭表示：「現在變這樣，自己都不知道該怎麼辦？我真的不知道現在還能做什麼？」、「我真的很不想醒來，醒來都是負面的情緒，不知道要怎麼面對未來的路。」 客觀資料 1.8/15-8/17 個案不願意配合醫療處置，愁眉苦臉，與之說話，多無回應，表情顯淡漠，捶打著自己的腳。 2.8/18 個案雙手抱頭嘆氣、流淚搖頭表示不想做復健。
護理目標	1.8/20 個案能主動表達壓力源及感受。 2.8/23 個案能執行 3 項壓力因應技巧。 3.8/25 能表達以正向思考面對問題。
護理措施	1.8/18 每天早上 10 點陪伴個案 20-30 分鐘，並藉由肢體語言撫摸背部，給予關懷支持。 2.8/18 密切觀察情緒行為變化，當個案表達受傷痛苦處時，能做情緒宣洩。 3.8/18 會談時提供安靜且隱私環境，引導個案表達負向情緒導因和絕望感受，予同理不批判態度，仔細傾聽，談話輕柔，引導說出內心想法，讓個案表達內心。 4.8/18 週一和週四安排心理師提供心理諮商 20-30 分鐘，傾聽個案感受，釐清心理困擾的根源，找出解決問題的方法及調整因應問題的方式。 5.8/19 鼓勵個案在住院期間遇到壓力情境時立即提出，與醫療人員做討論一同找出解決方法。 6.8/19 和個案討論可接受的放鬆、穩定情緒方法，正向抒發壓力，轉移情緒。 7.8/20 請案母陪伴個案一同欣賞個案喜愛的中英文流行歌曲，舒緩情緒。 8.8/20 請案弟陪伴個案一同觀看網路笑話、輕鬆小品。 9.8/20 教導個案面對壓力時深呼吸，助於放鬆且減輕焦慮和憤怒的感覺。 10.8/21 鼓勵參與進食、穿衣服簡單活動，反覆練習訓練流暢度，以增加自我控制感及自信心。

護理問題二：無效性因應能力/缺乏壓力因應技巧（8/18訂）（續）

護理措施	11.8/22 社工師進行訪視會談，引導個案與案母溝通，協助共同討論適合的職業訓練學習課程。 12.8/22 個案在復健活動有進步或有自我肯定想法時，給予口頭讚美或正向回饋，如「你好棒」、「很好，繼續保持」。 13.8/23 由社工師定期電話訪視，關懷個案病況及追蹤治療動向，提供持續性照護。
護理評估	1.8/20 個案表示：「我把自己越弄越糟，真不知該如何面對？」、「我知道爸媽擔心我的身體，如果我身體沒恢復，以後都需要他們照顧，不知道會給他們帶來多少麻煩。」 2.8/23 觀察案母會陪個案聽音樂，個案表情顯愉悅表示：「聽完音樂感覺很放鬆。」、「如果感覺到壓力的時候，深呼吸可以讓我緩衝情緒。」；個案看完網路搞笑短片眯著眼笑臉表示：「看完影片心情好些，讓我暫時忘記不開心的事。」 4.8/25 個案以雙手撐頭表示：「出院後我想參加職訓局課程，多學習其他專長。」、「我最近有看網路旅行部落客分享旅遊心得，出院後等身體恢復好一些，想和家人一起去旅行。」 5.9/10 進行電話訪視，個案表示：「我目前在職訓局學習上課，還認識兩個新朋友，現在很開心。」、「從這次經驗深刻學習到，自殺永遠不能真正解決問題，只要心態正確，沒有事情解決不了，也千萬不能被挫敗打倒。」

護理問題三：無望感/無法從事日常生活活動及失去自我控制感（8/18訂）

主 / 客 觀資料	主觀資料 1.8/18 個案表情平淡，話語緩慢表示：「以前想去哪裡就去哪裡，想做什麼就做什麼，現在連吃飯也都沒有辦法自己吃，什麼都要人家照顧，真的很累贅。」、「現在活著根本沒意義，我很後悔自殺，身體變得更糟糕，我想躲起來，封閉自己，現在比死了更難過、更痛苦。」、「不知道自殺後得到什麼，沒希望和動力，也沒有想活下去的意志。」、「為何要救我，我並不想活下來呀！」 客觀資料 1.8/15-8/18 觀察個案愁眉苦臉、神情顯落寞，缺少眼神接觸，心神不定，情緒低落、少語言表達、垂頭哭泣，時常面無表情望著遠方或是眼神放空的状态。
護理目標	1.8/20 個案能主動表達內心感受及想法。 2.8/22 個案能執行 2 項調適情緒或壓力的方法。 3.8/24 個案能表達正向的想法，強化自我價值。
護理措施	1.8/18 提供安全、隱密的會談環境，讓個案在不受干擾下口頭表達壓力來源及內心感受。 2.8/18 每天早上 10 點陪伴個案 20-30 分鐘，以關心、不批判、同理的態度，耐心聆聽。 3.8/18 鼓勵案母主動陪伴個案身旁，並給予肯定個案的主動行為，讓其感受到支持。 4.8/19 教導當感覺無法和他人溝通時，暫停談話，先深呼吸緩衝情緒，待情緒平穩後再對談。 5.8/20 請案母帶家中個案平時抱的抱枕，增加個案安全感及歸屬感。 6.8/20 請案母陪伴個案一同欣賞個案喜愛的中、英文流行音樂，舒緩情緒。 7.8/21 提供可以揉捏的軟膠紓壓玩具，告知個案感到心情浮躁時，可揉捏紓壓玩具紓解壓力。 8.8/22 鼓勵個案每日依計畫執行復健運動，達到計畫目標時，給予讚美，增加自信心。

護理問題三：無望感/無法從事日常生活活動及失去自我控制感（8/18訂）（續）

護理措施	9.8/22 認同個案能有信心及能力去因應疾病，鼓勵個案正向思考。 10.8/22 個案主動參與復健運動或自我照顧時，輕拍個案肩膀或比讚方式，並給予正向語言鼓勵，如「相信你可以做到的。」 11.8/23 衛教個案日後若有出現自傷或自殺意念時，可尋求生命線（1995）、張老師基金會（1980）、自殺防治安心專線（0800-788-995）。 12.8/23 由社工師定期電話訪視，關懷個案病況及追蹤治療動向，提供持續性照護。
護理評估	1.8/20 會談時個案表示心情平靜表示：「雖然復健治療及每日運動計畫很累，但是為了家人還是得繼續努力。」、「住院後有很多幫忙我的人，尤其是家人一直陪著我，至少不孤單。」 2.8/22 個案手捏著紓壓玩具，闔眼聆聽流行歌。個案表情微笑表示：「聽音樂後可感到心情平靜舒坦，有些不愉快的感覺也能從音樂中得到釋放。」 3.8/24 個案積極配合治療，個案表示：「我想要每天多做一點運動，趕快恢復手腳力量。」、「我身邊還有支持我的家人，我不是只有一個人面對困難。」 4.9/10 進行電話訪視，個案表示：「現在和家人溝通不良時，我會先暫時回自己房間，等情緒比較舒緩後再做溝通。」、「現在遇到覺得不順遂的事，會先跟家人討論解決辦法，不會再一個人胡思亂想了。」

討論與結論

本文為描述一位青少年因與男友情感糾紛而爭吵，雙方無法達成共識，情緒過於激動採取跳樓自殺行為，導致顱內出血，除心理問題外，亦出現生理多項護理問題，礙於篇幅限制，故針對身體活動功能障礙、無效性因應能力及無望感問題提出討論。照護過程中，運用馮（2016）及黃等（2015）學者提及，訂定每日復健運動計畫，提升參與復健運動之意願，執行復健運動，協助執行關節運動，教導移位技巧，改善患肢活動功能及學習自我照顧。運用張和許（2017）及廖等（2015）提及，藉由傾聽主動積極關懷，密切觀察情緒行為變化，提供穩定情緒之技巧，教導利用聽音樂、看文章、深呼吸等因應技巧，有效紓解壓力，增進壓力因應能力。運用曾和伍（2017）及郭和蔡（2016）文獻，以不批判的方式關懷傾聽，引導個案表達內心想法，鼓勵家屬陪伴及支持，提升安全感；當個案積極面對治療或主動表達內心感受時，給予正向言語及肢體語言回饋，引導正向思考，提升自信心，改善無望感。

個案自殺未遂導致身心健康問題，因此次住院針對外傷急性期先進行處置照護後，又需面對後續漫長復健之路，而潛在自殺行為及心靈層面問題，未能於短期住院期間獲得改善，需較長時間之心理治療及追蹤，做進一步心理治療及心理諮商，為照護上限制。故建議個案至身心科門診持續治療，於出院後安排心理師每週1次諮商或會談；由社工師定期關懷，追蹤個案治療情形，並提供可利用之社會資源，給予持續性照護；建議個案能參加自殺防治相關社團或組織等志工團隊，可從中得到社會支持系統。而此次照護過程中，個案因心理問題自殺，不僅未能解決真正問題-感情，更導致身體功能障礙問題，讓個案敞開心房是一大挑戰，因此建立良好護病關係，給予傾聽及關懷，善用跨領域團隊資源，鼓勵家屬提供支持，方能提供完整性照護。

參考文獻

1. 衛生福利部：全國自殺死亡資料統計。2018。Retrieved from <https://bit.ly/3cP5IBY>
2. 吳佳儀、李明濱：青少年自殺防治現況與趨勢。

- 自殺防治網通訊 2016；11（1）：11-13。
3. 王思涵：青少年危險自殺行為成因及防治策略。台灣教育評論月刊 2016；5（12）：160-164。
 4. Ahmedani BK, Peterson EL, Hu Y, et al.: Major physical health conditions and risk of suicide. American journal of preventive medicine 2017; 53(3): 308-315.
 5. 自殺防治中心：青少年心理衛生與自殺防治。2015。Retrieved from <https://issuu.com/tspc/docs/3>
 6. Turecki G, Brent DA: Suicide and suicidal behaviour. The Lancet 2016; 387(10024): 1227-1239.
 7. 曾珊瑩、伍碧琦：一位跳樓自殺導致腰椎損傷之憂鬱症患者住院護理經驗。長庚護理 2017；28（2）：291-302。
 8. 黃寶、王仁宏、樊志成 等：創傷性腦傷患者亞急性期復健療效之分析。台灣復健醫誌 2015；43（3）：171-179。
 9. 馮容芬：神經系統疾病之護理。劉雪娥總校閱。成人內外科護理學。2016。台北市：華杏。
 10. 劉岳巒、翁麗雀：一位自殺未遂個案之護理經驗。澳門護理雜誌 2017；16（1-2）：7-13。
 11. 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。
 12. 廖士程、李明濱、龍佛衛 等：台灣自殺防治十年回顧檢討與展望。台灣衛誌 2015；34（3）：111-120。
 13. 林佩儀、熊德筠、楊鳳凰 等：以行動研究法推展醫院住院病人的自殺防治作業與自殺照護。澄清醫護管理雜誌 2015；11（4）：27-33。
 14. 郭佩君、蔡昀珊：校園自殺防治守門人探討與課程實務分享。臺灣教育評論月刊 2016；5（2）：105-110。

Nursing Experience of a Teenager with Intracranial Hemorrhage Caused by Jumping off a Building in a Suicide Attempt

Zhen-Yi Wei¹, Chai-Yuan Lee³, Yu-Cheng Chen¹, Chia-Yu Chen¹, Shang-Yow Hung²

Department of Nursing¹, Division of Neurosurgery², Cheng Chen Hospital;

Chung Shan Medical University Hospital, Chung Shing Branch, Chung Shan Medical University³

Abstract

In this study, we describe the nursing experience of a teenage girl hospitalized for intracranial hemorrhage caused by jumping off a building in an attempt to commit suicide. She quarreled with her boyfriend because of emotional entanglements, and the two could not reach a consensus. She was driven to the brink of madness and committed suicide. The nursing period was from August 15 to August 25, 2018; we collected data through interviews, observations, listening, and direct care. Further, we adopted Gordon's eleven functional health patterns for nursing evaluation. It was confirmed that the suicide attempt caused intracranial hemorrhage, and many problems needed to be addressed during the nursing period. Considering the limited space and priority of health care needs, we only discussed three nursing issues, namely "impaired physical mobility," "ineffective coping," and "hopelessness." In the process of nursing, by arousing the willingness of the patient to participate in medical care activities, making daily exercise plans with the patient, and instructing the patient to increase movements gradually so as to enhance mobility, we enabled the patient to learn self-care skills and overcome the obstacles in her physical function. We actively expressed our concern for the patient, carefully observed the changes in her emotions and behaviors, guided her to express her inner thoughts, as well as taught her skills of stabilizing emotions, coping with stress, and facing problems positively. Through listening and companionship, guiding the patient to express her inner thoughts, providing ways of stress relief and positive support, as well as encouraging her to participate in treatment schemes and self-care, we enhanced her self-confidence, promoted self-affirmation, helped establish self-value, and relieved hopelessness. It is recommended to work multi-disciplinarily to provide and maintain proper medical care, help the patient build a good family relationship, refer the patient to relevant medical teams for subsequent care before discharge, regularly track the treatment progression, express concern for the patient's conditions, and prevent the patient from self-harming again. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(2): 58-67)

Keywords : *Suicide, Intracranial hemorrhage, Ineffective coping ability, Hopelessness*

Received: June 2020; Accepted: August 2020