

長庚科技大學
精神科護理學實習



Anxiety



Sadness



Ennui



Embarrassment



Envy



Anger



Fear



Disgust



Joy

實習日期： 114.12.01~114.12.26

實習單位： 基隆長庚情人湖院區 V8C 病房

姓名： 李佳璇

班級座號： 40310

指導老師： 邱耀慶

目 錄

護理紀錄一	1
護理紀錄二	2
過程實錄	3
案例報告	11

護理紀錄一

姓名：陳●帆

床號：10C

日期：114/12/9

診斷：第一型雙相情緒障礙症，近期躁症發作

今個案外觀整潔恰當，神情輕鬆愉悅，態度合作，可配合醫療行為，注意力尚可集中，言談時偶有意念飛躍之情形。平時多於病室內與其他病友聊天、畫畫，對於OT團體及早操積極且配合度佳，言談可連貫切題，話量多、語速快，今日多提及入院後之自我改變，內容合乎現實，未有妄想情形。今日食慾佳，早上可進食一條地瓜及兩顆水煮蛋，中午可進食全量院內盤餐；睡眠部分，昨日睡眠中斷2次，總時數共5.5小時。今將原藥物 Clonazepam 每日劑量由 3.5mg 提升至 4mg、並新增 Sodium valproate(s.r) 500mg/tab (Depakine,Sanofi)1PC HS PC PO使用，因個案近日白天情緒持續高張。今日無檢查，於 15:30由案父陪同外出，預估於19:30返室。今可配合安檢，未見危險

護理紀錄二

姓名：陳●帆

床號：10C

日期：114/12/9

診斷：第一型雙相情緒障礙症，近期躁症發作

今個案外觀整潔恰當，神情輕鬆愉悅，態度合作，可配合醫療行為，注意力尚可集中，言談時偶有意念飛躍之情形。平時多於病室內畫畫，對於早操積極且配合度佳，OT 團體因外出未參與到，言談可連貫切題，話量多、語速快，今日多提及外出活動，內容合乎現實，未有妄想情形。今日食慾佳，早上可進食全量院內盤餐，中午可進食一碗大的牛肉麵、五顆水餃、一份燙青菜；睡眠部分，昨日睡眠中斷 1 次，總時數共 5 小時。今藥物新增 Acetaminophen 500mg/tab 1PC PRN PC PO 使用，因個案主訴經痛。今日無檢查，於 10:45 由案父陪同外出，於 12:45 返室。今可配合安檢，未見危險物品。

過程實錄

一、病人基本資料：

床號：10C

姓名：陳●帆

年齡：34

性別：女

診斷：第一型雙向情緒障礙症，近期躁症發作

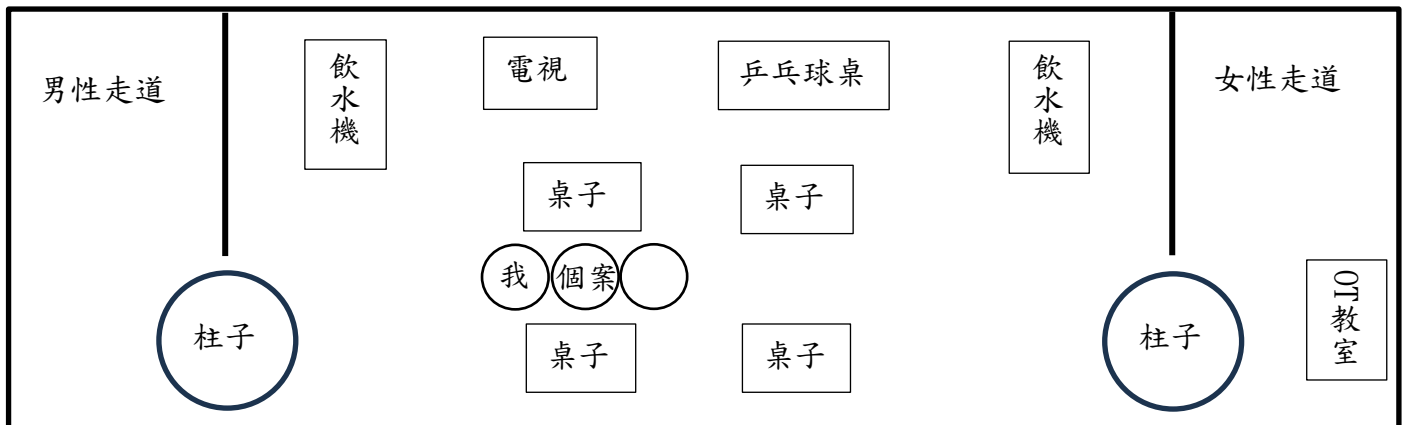
二、溝通目的：

1. 與個案建立良好的護病關係
2. 評估個案病識感
3. 了解個案家庭狀況及支持系統

三、情境

於114/12/2上午10：50與個案鄰座於病房大廳座位區進行會談，燈光明亮，現場環境些許吵雜，但不影響對話，個案能專注在跟護生的會談上，會談持續到11：20，歷時30分鐘。

於114/12/3與114/12/4與個案上午11：10於個案病房內進行會談，燈光明亮，現場環境安靜，個案能專注在跟護生的會談上，會談持續到11：30，歷時20分鐘。



四、互動內容

互動	分析
<p>12/2 10:50~11:20</p> <p>護生：「●帆早安阿~跟妳自我介紹一下~我是接下來要照顧妳四週的小護生，我叫李佳璇。」</p> <p>個案：「妳好啊，我是●帆，你們都好年輕喔，像小弟弟小妹妹一樣。」</p> <p>護生：(微笑)</p>	<p>技巧：提供自己</p> <p>目的：建立良好的護病關係</p>

<p>護生：「我注意到妳的眼皮好像快閉上了，妳昨天睡得還好嗎？」</p> <p>個案：「因為我昨天晚上有打乖乖針，現在超想睡覺的，好累喔，但你們跟我聊天，我又有精神了。」</p> <p>護生：「了解，妳會很常打乖乖針嗎？」</p> <p>個案：「睡不著的時候就會打阿，打完那個就超好睡的，不然被約束很不舒服欸。」</p> <p>護生：「(點點頭)後來呢？」</p> <p>個案：「後來一打完就睡死了，現在我會眼睛睜不開就是這個原因。」</p>	<p>技巧：提出所觀察到的、闢寬話題</p> <p>目的：延續話題，讓個案感到被重視，以及評估睡眠狀態。</p> <p>技巧：接受、引導會談繼續下去</p> <p>目的：表示了解個案所描述，延續當前話題。</p> <p>技巧：引導會談繼續下去</p> <p>目的：延續當前話題，可使個案感覺我對她的問題有興趣，希望繼續討論</p> <p>反思：這裡個案主動提到約束很不舒服，我不只是可以用點頭的方式，也可以運用同理心的方法，例如：「這聽起來讓你很難受、不舒服，是個不好的回憶。」來回應個案。</p>
<p>護生：「那妳平常都睡幾個小時呢？」</p> <p>個案：「不一定，我幾乎都睡不著或只睡一、兩個小時，因為沒有安全感。」</p>	<p>技巧：引導會談繼續下去</p> <p>目的：了解個案主觀睡眠時長</p> <p>分析：個案正處於躁期，有睡眠需求減少的症狀，故評估目前有「失眠」的護理問題。</p>
<p>護生：「是什麼原因讓妳沒有安全感呢？」</p> <p>個案：「因為住院阿，我有兩個兒子我好想他們，都是我婆婆啦，害我被送進來醫院，她跟我老公都要我進來反省。」</p>	<p>技巧：深入探討問題重心</p> <p>目的：深入了解個案難以入睡的原因</p> <p>分析：此處個案表示自己會入院的原因為「丈夫跟婆婆要她反省」，而不是入院接受治療，顯示個案把住院當作是他人對她的懲罰，將自己不想接受的想法、感覺或動機歸咎於他人。由此評估其使用「投射」的防衛機轉。</p>
<p>護生：「妳的意思是在醫院睡不著的原因是因為兩個兒子不在妳身邊嗎？」</p>	<p>技巧：澄清</p> <p>目的：釐清個案言詞表達的重點，確認雙方語意一致</p>

<p>個案：「對阿，我現在雖然腦袋不太好，有點生病，但我很清楚自己在幹嘛，我老公跟婆婆都仗著我有領手冊，就一直說我很嚴重，根本沒有他們說的那麼嚴重，我這個在門診追蹤是可以好的！真的是每次聽到他們的話就覺得很煩。」</p>	<p>分析：個案知道自己有生病，但不認為需要到住院治療，顯示個案為「理智型病識感」。</p>
<p>護生：「聽起來這對妳來說是個不好的回憶，讓妳感到很不舒服。」</p> <p>個案：「我跟我婆婆真的很不合，她每天都擺臉色給我看，故意煮我討厭的菜，然後叫我滾出去.....(皺眉、情緒高昂)」</p>	<p>技巧：同理心</p> <p>目的：設身處地站在個案角度，嘗試理解其感受，讓其感到被接納。</p>
<p>護生：「(沉默)」</p> <p>個案：「沒事啦，我只是抱怨一下，我才不想跟他們計較，我沒他們那麼幼稚，謝謝妳聽我廢話。」</p>	<p>技巧：沉默</p> <p>目的：給予個案足夠的時間宣洩情緒，藉此機會觀察個案非語言的行為表徵。</p>
<p>護生：「我不會是覺得是廢話啦，我很開心妳願意跟我分享這些事情，那妳先用餐，我也先回去整理資料，明天再來找你聊聊天，謝謝妳喔。」</p> <p>個案：「好啊，佳璇掰掰。」</p>	<p>技巧：給予認可、提供自己</p> <p>目的：肯定個案願意表達自己真實內心的想法並結束此次會談，順便口頭約定好下一次的訪談。</p>
<p>12/3 11:10~11:30</p> <p>護生：「哈囉，●帆，我注意到妳手濕濕的，妳剛剛去廁所嗎??」</p> <p>個案：「哈囉佳璇，對阿，我剛去廁所，我跟妳說，我昨晚整個大尿床欸，超羞恥的，所以我現在搬到B床睡，超煩的，超不舒服，而且是一大灘欸，你能想像嗎?」</p>	<p>技巧：提出所觀察到的</p> <p>目的：開啟話題，讓個案有被重視之感受</p>

護生：「我了解妳的意思，聽起來這對妳來說是個不好的感受，讓妳感到很難堪，妳覺得昨晚尿床的原因可能是什麼？」

個案：「就是藥物劑量太高了阿。」

護生：「了解，那妳睡前會喝很多液體嗎？」

個案：「我睡前會很餓，一定要吃泡麵跟喝牛奶，才睡得著。」

護生：「那會不會尿床的其中一個原因是睡前喝太多液體了呢？」

個案：「有可能，真的很煩，妳懂嗎？」

護生：「嗯，我了解，藥物的部分醫生隨時會做調控，但我們能從一些習慣上做改變，例如睡前可以先去尿尿，排空膀胱，再來是少攝取一些液體，像妳剛剛說的牛奶、泡麵的湯，或許也會有些改善。」

個案：「好，那我再試試看，但我不保證會成功。」

護生：「沒問題，剛剛討論的那些預防晚上睡覺會想尿尿的方法，希望妳做了後能有所改善。」

12/4 11:10~11:30

個案：「嗨，佳璇」

護生：「哈囉，●帆，你在寫甚麼呢？我注意到你的紙上有好多電話號碼喔！」

個案：「喔，這些都是我家人的電話，有我老公、爸爸、媽媽、妹妹、阿姨。」

護生：「了解，那妳平常會打給他們嗎？」

個案：「會阿，我都打給我爸，我最愛他」

技巧：接受、同理心

目的：表示了解個案所描述，透過同理讓個案感受被尊重、了解，並且不使用「為什麼」的語氣，易讓個案感受不佳或被質問的語氣，避免陷入太多負面情緒。

技巧：接受、闢寬話題

目的：表示了解個案所描述，分析個案夜間排尿可能的原因

技巧：提出懷疑

目的：深入了解個案夜間排尿主要的原因

技巧：接受、提供資訊

目的：表示了解個案所描述，提供一些降低夜間排尿的方法，提供資訊給個案，減輕焦慮。

技巧：綜合結論

目的：簡述此次會談重點，增進個案記憶。

技巧：提出所觀察到的

目的：開啟話題，讓個案感到被重視

技巧：接受、闢寬話題

目的：表示已接收到個案訊息，了解個案其家庭狀況

了，他對我最好，都不會管我。」

護生：「妳是說除了爸爸外，其他人都會管妳嗎？」

個案：「對阿，我住院的那天，其他人都覺得我有病，害我住院，不然我現在也不會再這邊受苦！我現在在這裡就是超痛苦的，我真的好累，我這種小病就定時拿藥就好了啊，我想吃東西，唉我在這裡根本沒人權啦，我要出去玩(皺眉、語氣高昂)。」

護生：「原來，妳的意思是其他人害妳，是因為他們把妳送進來醫院做治療嗎？」

個案：「對，根本沒有人願意聽我說話跟相信我。」

護生：「那妳當下是甚麼感受呢？」

個案：「我覺得很受傷。(哭泣)」

護生：「那妳難過時，會打給爸爸跟他說心事嗎？」

個案：「不會，因為我就是個愛面子的人，對家人總是報喜不報憂，所以我從小到大都很壓抑，後來遇到我老公，我以為他可以保

技巧：澄清

目的：釐清個案言詞表達的重點，確認雙方語意一致

技巧：澄清、集中焦點

目的：釐清個案言詞表達的重點，引導個案將注意力集中於有意義的主題或問題癥結上。

分析：個案會談時常會有滔滔不絕地說話、思緒跳躍快、一個想法緊接著下一個想法的現象，時常需要透過集中焦點、將事件依先後次序排列等方式來進行溝通，故評估目前有「思考過程紊亂」的護理問題；個案認知自己有躁症症狀，但不認為需要入院治療，並且認知住院是他人給予的懲罰、大家都想害她，顯示個案為「理智型病識感」，知道自己有病，但缺乏動機或消極態度接受治療；並且有被害妄想的症狀。

技巧：鼓勵描述感受

目的：鼓勵個案以言語詳細描述內心真實感受，使其宣洩情緒。

技巧：引導會談繼續下去

目的：延續當前話題，進而了解個案其支持系統

分析：個案認為在家庭關係裡與爸爸的感情最深厚，但因為其自尊心強，愛面子的個性，遇到事情時並不會選擇告訴親近的家人，而當選擇與伴侶訴說時，卻

護我，聽我說話，結果我錯了，他只會無視我，他們只是利用我，把我當生育工具罷了。」

護生：「原來如此，那妳心情不好時都會做什麼事呢？」

個案：「我會滑手機或睡覺，這幾天還會做肌肉放鬆，這是我新學到的，我覺得還不錯。」

護生：「那很棒耶！妳有找到自己紓壓的方式！」

個案：「對啊，我之前有一陣子醫生還覺得我變好了，讓我不用吃藥，結果我家人不相信，要我換醫生，根本在害我。」

護生：「妳不用吃藥的那段時間，是發生在懷孕後嗎？」

個案：「對阿，那時候我剛好懷上二胎。」

護生：「原來，●帆，你們要吃飯了！那妳先去吃，我也先回護理站整理資料！謝謝妳跟我分享這麼多事，明天再聊喔。」

個案：「不會啦，妳能陪我聊天我也很開心，我已經很久沒講那麼多內心話了，掰掰。」

被伴侶無視，顯示其支持系統薄弱，凡遇事只能選擇自我承受，評估其使用「壓抑」的防衛機轉中。

技巧：接受、引導會談繼續下去

目的：表示了解個案所描述，延續當前話題，進而了解個案面對壓力及挫折時的調適機轉。

分析：雖然個案支持系統薄弱，但面對壓力的自我調適為正向的，會以滑手機、睡覺、肌肉放鬆等方式轉移注意力。

技巧：給予認可

目的：適時以明確語言指出個案的做法，強化正向行為。

技巧：將事件依先後次序排列

目的：協助個案重整凌亂思緒，排列事件發生的時間及先後次序，有助於了解因果關係。

分析：個案將那段不用吃藥的日子理解為病情痊癒，事實上則是因為懷孕的關係，門診醫師才暫停抗精神病用藥的治療，評估其使用「否認」的防衛機轉。

技巧：摘要

目的：會談告一段落時，將溝通內容做結論，增進護病關係，並計畫下次會談。

五、總結與心得：

1. 治療性溝通目的達到之情形。

(1) 與個案建立良好的護病關係

在這三次的治療性溝通會談中，我感受到自己逐漸達成原先設定的溝通目的。首先，在建立護病關係的部分，個案從一開始的基本回應，到後來能主動向我分享內心想法，包括對家人的不滿、住院期間的不安，以及讓她感到受傷與脆弱的事件，顯示她逐漸把我視為值得信任的對象。每次當我進病室時，她都會以輕鬆的語氣向我打招呼，也會在會談結束時表達期待下次再聊天，讓我明顯感受到關係的建立與深化，故此目標順利達成。

(2) 評估病識感

與個案談話的過程中，我也逐步了解她的病識感狀態。她雖然知道自己「有生病」，但認為不需要住院，並且將住院的原因完全歸咎於家人，認為是他們逼迫她「反省」。這顯示她的病識感偏向「理智型」，對疾病的理解有限，也影響她接受治療的意願，此外，在談到懷孕期間暫停用藥時，她將那段時間視為「病情痊癒」，也顯示她仍對疾病本質存在誤解，並對自身病況掌握有限。

(3) 了解個案家庭狀況及支持系統

家庭與支持系統方面，我從會談中了解到個案與父親關係較為親近，但因自尊心強，傾向不向家人傾訴真正的情緒；相對地，她與丈夫及婆婆的互動緊張，時常情緒高昂提到與他們的衝突，甚至覺得自己被誤解、被控制，而在冷靜片刻後又會透露自己壓抑、愛面子的性格，使她即使感到受傷、難過，也很少對親近的家人求助，唯一想寄託在伴侶上卻被無視，讓我意識到她的支持系統相對薄弱，也解釋了她情緒容易受到波動的原因，也更能同理她在治療過程中的掙扎，故此目標順利達成。

2. 護生在會談之感受如何。

在整個會談過程中，我也有許多內在感受，當個案語速變快、思緒跳躍或情緒突然升高時，我難免會有些緊張，擔心自己是否能讓談話持續下去，或是否能妥善接住她的情緒。但當我使用沈默、同理心或澄清的技巧後，看到她願意繼續分享、願意被陪伴時，我感到非常踏實，也覺得自己的回應是有效的。而當她在談到家人時落淚，我感受到她情緒背後的脆弱，也提醒自己在面對精神科個案時，更需要耐心與敏感度。

3. 在會談當中學習到什麼。

這次的會談過程讓我學到許多原本不熟悉或不太會運用的溝通技巧，過去的我較不擅長在對方思緒混亂時協助整理內容，但這次我練習了「澄清」、「集中焦點」、「將事件依時序排列」等方法，使我能更有效掌握談話方向，也幫助個案釐清自己的想法。我也學會在不急著給建議的情況下，使用沉默與同理心，讓個案能自在地表達情緒，不會感到壓迫。最後，觀察個案的病情、家庭狀況與需求，並適時給予認可與支持，這些都是我在會談後學習與成長到的養分。

4. 綜合此次會談個案可能之護理問題。

(1)失眠

(2)思考過程紊亂。

案例報告

一、基本資料

姓名：陳●帆 性別：女 年齡：34 婚姻狀況：已婚
教育程度：大學 宗教：道教 語言：國語 職業：無
診斷：Bipolar I disorder, current episode manic，第一型雙相情緒障礙症，近期躁症發作。
照護期間：2025/12/1~迄今

二、個人發展史

生長發展史：個案自小生長發育無異常，無慢性病史或先天性疾病，無頭部外傷或癲癇病史，懷孕及生產史為G2P2，皆為自然產。根據艾瑞克森心理社會發展理論，個案現年34歲，屬於成人早期(18~34歲)階段的尾聲，此階段的核心發展任務是「親密關係」vs.「孤立」。這個階段的關鍵在於個體是否能與他人建立深刻、親密且穩定的情感連結，並成功地發展出愛情、友情和對社會的歸屬感。親情上，個案自述30歲與先生走入婚姻並隨後生下兩子，但在這段婚姻生活中，因為丈夫不斷無視家中同住者對她種種的欺負行為，導致個案始終得不到安全感，也無法在關係中表達自身需求。人際上，個案自述喜歡交朋友，但因為丈夫不喜歡她與人社交，故鮮少與過往好友聯絡。工作上，個案自述多次因為丈夫的意見及為了同居而改變工作，並無從中得到過成就感。分析個案第一次入院為2022年(31歲)，當時診斷為第一型雙相情緒障礙症及伴隨躁症爆發，其病前即缺乏建立深刻、親密且穩定的情感連結，使其經常感到孤獨、缺乏關愛之情感，並未獲取任何歸屬感。綜上所述，評估其成人早期的發展目標未達成。

求學史：個案自述其就讀常樂國小，國中就讀建德國中，高中就讀基隆女中，最高學歷至聯合大學能源與資源系畢業，學業表現上，自述求學過程成績表現佳，皆為班上前五名，未有學習障礙或行為問題。人際上，交友狀況於國小、高中、大學皆有幾位知心好友，表示對友誼重質不重量，但自從大一與男友交往後（即現任配偶），重心就偏向經營伴侶關係，而逐漸減少與朋友間的互動及鮮少聯絡。

工作史：個案畢業後先於新竹從事八個月的電子技術員，但因覺得受老闆性騷擾而主動離職，接著便轉而從事行政助理二到三年，因考慮與伴侶同居而再次主動離職並搬回基隆。而後五年間從事工程師助理，直到躁症發作而被資遣並住院接受治療，出院後無業至今。個案自述就業期間與同事相處和睦，但僅止於表面，認為工作上的關係都存在利益，以致無法成為朋友。

三、疾病史及住院經過

個案於畢業後第一份工作期間曾出現一段時間的情緒低落憂鬱而中斷工作，自述是因受到老闆性騷擾及現任老公精神出軌的原因導致，爾後有持續一個月的情緒高昂、易怒、話量增加，但尚可維持日常生活功能，並由家人照顧後自行緩解的一段疑似輕躁期。

30歲時(2021年)個案產下第一子後曾出現持續半年的低落情緒、疲憊、每天哭泣、無望感，但於返回職場後情緒狀況可逐漸改善。

31歲時(2022年)，個案出現首次躁期並首次急性病房入院，個案出現整日的高昂及易怒情緒、自尊心膨脹、話量增加、思考跳躍、目標導向行為增加(到處去玩，去唱歌)、睡眠需求降低、大量購物行為(去家樂福買了三大推車的食物)、以及衝動風險行為(睡不著而用頭撞牆，昨天去情人湖爬到石頭上想跳下去)，當時住院約4周，出院後出現低落情緒，曾短暫合併抗憂鬱劑治療。

33歲時(1年多前，2025/02)個案因擔心藥物副作用(自述擔心憂鬱的副作用)而自行停藥，開始出現明顯的躁症症狀，包含高昂情緒、誇大妄想(我是活佛，我要普渡全世界)、話量增加、思考跳躍、睡眠需求降低，合併自傷行為(撞自己的頭)而至急診就診並第二次住院治療。

當時治療約三周後出院，出院後個案隨即懷孕，因此在門診停止抗精神病藥物使用，而個案尚可維持情緒平穩，並維持家務與照顧小孩。

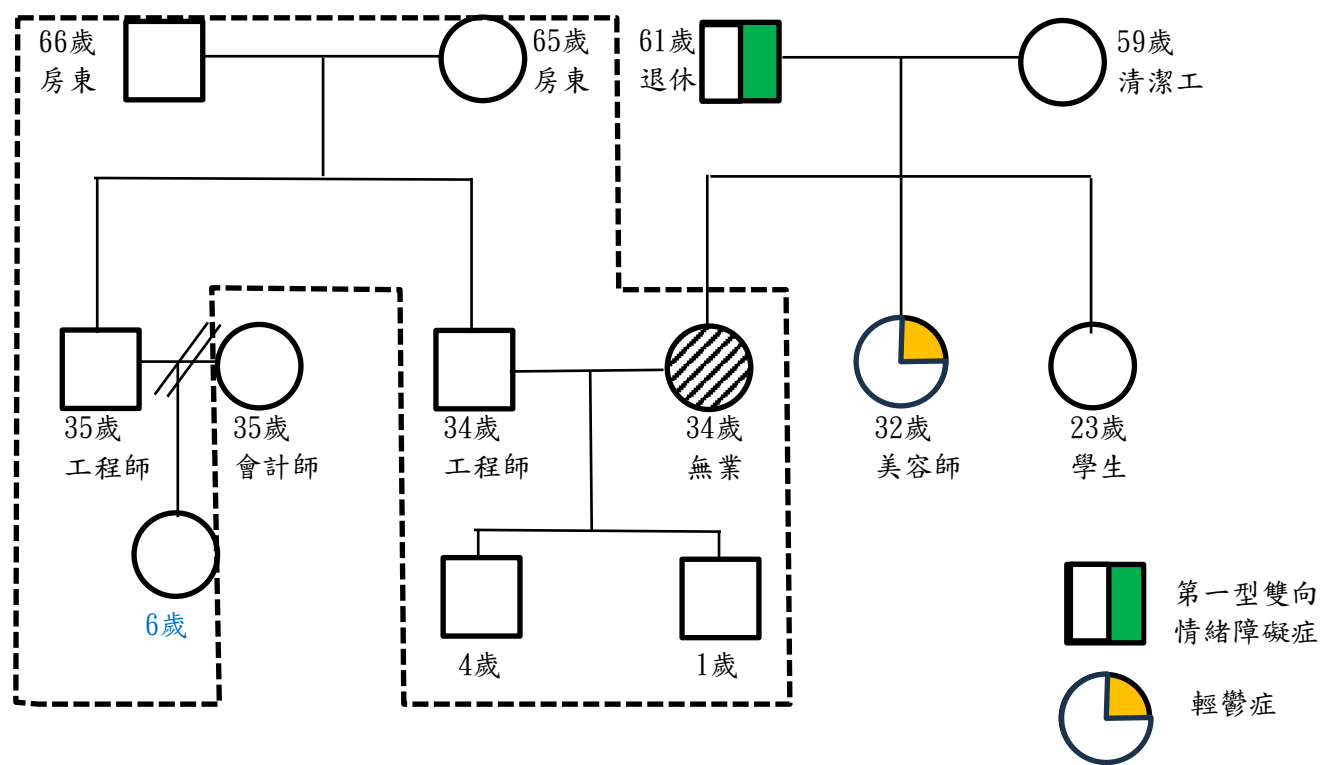
34歲時(2025/08)，個案自述因案大伯離婚而搬去與個案一家同住後感受到相處上的壓力，開始出現復發的情緒起伏大、高昂開闊情緒、睡眠需求減少、目標導向行為增加、過度參與可能導致嚴重後果之行動(花費高/買10-20件嬰兒相關的玩具)、多話、自尊心膨脹、思考飛越，並開始在門診使用quetiapine 25mg 2pc，自述服藥順從性佳。

此次入院原因為2025/11/25個案因躁症症狀加劇，伴隨對家人的多疑與敵意而多次爆發口角衝突，與被害意念("我覺得很不安全 想來住院")，於2025/11/27被家屬帶至急診，經會診醫師評估後收治住院治療。

四、家庭評估

家庭成員互動情形：個案自述在原生家庭關係中與案父感情最好，但總是報喜不報憂，並不會與親近之人分享內心事；與同住者中與案公婆、案大伯感情最差，多次因觀念不合爆發口角與爭執，生活重心皆在兩位兒子身上。






家族精神病史：個案自述其家人中，案父有長達二十六年的第一型雙相情緒障礙症病史、案大妹則是有了一年的輕鬱症精神病史。





五、藥物治療

種類	圖示	藥名	使用頻率	副作用	使用原因
非類固醇消炎止痛藥		Ibuprofen 400mg/tab	1PC/TID/PC/PO	眩暈(-) 噁心(-) 輕微腹痛(-) 紅疹(-)	個案自述因今年生產後尚未退奶完全，胸部依然會有脹痛感，故予此藥緩解之。

皮質 類固 醇	<p>編號 PUA079E 藥名 Triamcinolone in orabase(口腔用) 6gm/pc 英文品名 Nincort Oral Gel 中文品名 寧康口內膠 製造廠 杏輝 健保碼 AC21981423</p> 	Triamcinolone in orabase 6gm/pc	QS/IRRE /TOPI	<p>感染(-) 過敏(-)</p>	因個案自述最近常有咬破舌頭導致口內潰瘍的情況，故塗抹此藥膏於患處緩解。
局部 麻醉 劑、 血管 收縮 劑、 皮質 類固 醇	<p>編號 PWB031E 藥名 (Lidocaine+Phenylephrine+Betamethasone) (25/1/0.5mg/g), 15gm/tube 英文品名 High-Xylmol ointment 中文品名 樂應痔軟膏 廠牌 杏輝</p> 	High-Xylmol ointment 15gm/tube	QS/IRRE /TOPI	<p>皮膚發紅(-) 刺痛感(-) 搔癢(-) 皮膚脫屑(-) 滲膿(-)</p>	因個案懷孕期間，由於子宮壓迫、腹壓增加影響，產生痔瘡問題，故塗抹此藥膏於患處緩解。
非類 固醇 消炎 止痛 藥	<p>編號 PGC070E 藥名 Etofenamate 5% gel 40gm/tube 英文品名 Teiria gel 40gm 中文品名 思舒酸凝膠 廠牌 五洲製藥</p> 	Etofenamate 5% gel 40gm/tube	QS/IRRE /TOPI	<p>皮膚發紅(-) 搔癢(-) 有刺激感(-)</p>	因個案自述常有小腿痠痛及抽筋等問題，故塗抹此藥膏於患處緩解。
第 二 代 抗 精 神	<p>編號 PGG019M 藥名 Quetiapine 25 mg/f.c tab 英文品名 Seroquel 25mg 中文品名 思樂康 廠牌 AstraZeneca</p> 	Quetiapine 25mg/f.c tab	3PC IRRE (2PC HS + 1PC HS PRN if insomnia)	<p>便秘(-) 嗜睡(-) 口乾(+) 焦躁(+) 低血壓(-) 頭暈(-)</p>	因個案現處於躁期，有自尊誇大、思考跳躍、被害妄想、行為忙碌等症狀，故服用此藥物進行

病藥 物	<p>編號 PGG077M 藥名 Quetiapine E.R. 300mg/f.c tab 英文品名 Seroquel XR 300 mg 中文品名 思樂康持續性藥效錠 廠牌 AstraZeneca</p> 	Quetiapine E.R. 300mg/f.c tab	1.5 PC IRRE (0.5PC QD + 1PC HS)	體重增加(+) 神經緊張(+) 腹痛(-)	治療。
第二 代 抗 精 神 病 藥 物	<p>編號 PGG001M 藥名 Risperidone 1mg/tab 英文品名 Risperdal 1mg 中文品名 理思必妥 膜衣錠 製造廠 JANSSEN 健保碼 B022767100</p> 	Risperidone 1mg/tab	1PC/QD/PO	心跳過快(-) 頭痛(-) 頭暈(-) 焦慮(-) 靜坐不能(-) 失眠(+)	因個案現處於躁期，有自尊誇大、思考跳躍、被害妄想、行為忙碌等症狀，故服用此藥物進行治療。
	<p>編號 PGG007M 藥名 Risperidone 3mg/tab 英文品名 Risperdal 3mg 中文品名 理思必妥 膜衣錠 製造廠 嬌生 健保碼 B022769100</p> 	Risperidone 3mg/tab	1PC/HS/PO	噁心(-) 便秘(-)	
BZD 類 安 眠 藥 物	<p>編號 PGA008M 藥名 Clonazepam 0.5mg/tab (管4) 英文品名 Rivotril 0.5mg 中文品名 利福全錠 廠牌 CHEPLA PHARM</p> 	Clonazepam 0.5mg/tab	1PC/QD/PO	心跳過速(-) 頭暈(-) 嗜睡(-) 口乾(+) 噁心(-)	因個案現處於躁期，早上服用此藥是為了緩解其躁動不安、情緒過度興奮的症狀。
	<p>編號 PGA010M 藥名 Clonazepam 2mg/tab (管4) 英文品名 Rivotril 2mg 中文品名 利福全錠 廠牌 CHEPLA PHARM</p> 	Clonazepam 2mg/tab	1PC/HS/PO		因個案現處於躁期，伴隨著睡眠需求減少或失眠的問題，故規律服用此藥物。

	編號 PG1006M 藥名 Estazolam 2mg/tab(管4) 英文品名 Eurodin 中文品名 悠樂丁錠 廠牌 台灣武田 	Estazolam 2mg/tab	1PC/IRRE/PC/PO (1PC HS prn if insomnia)	思睡(-) 頭暈(-) 動作協調能力降低(-)	因個案現處於躁期，伴隨著睡眠需求減少或失眠的問題，故若需要時可服用此藥物。
抗 草 毒 鹼 藥 物	編號 PGB012M 藥名 Trihexyphenidyl hcl 2mg/tab 英文品名 Partane 2mg 中文品名 帕金蟻錠 廠牌 羅德化學 	Trihexyphenidyl hcl 2mg/tab	1PC/CMHS/PC/PO	視力模糊(-) 口乾(+) 便秘(-) 噁心(-) 頭暈(-) 排尿困難(-)	因個案自訴其進食方面有吞嚥困難的情形，疑為抗精神病藥物副作用所致，故藉此藥緩解之。

六、整體性護理評估

身體(生理)層面		
評估項目	評估內容	分析
一般外觀	個案身體無異味，儀容乾淨整齊，穿著打扮與季節相符，與人互動時會有眼神接觸，交談時會直視對方眼睛，入院期間多主動與其他病友互動，多會向護生與老師微笑打招呼，態度多配合。	評估個案外觀穿著合宜。
意識狀態	清醒度：個案對於人、時、地之判斷皆可正確回答。 警覺度：能夠立即回應護生之叫喚，也會主動觀察其他病友的狀況，適時詢問與關心其他人。	評估個案意識狀態清楚。
氧合作用	照護期間個案呼吸約為16~18次/分鐘，脈搏約為70~90次/分鐘，呼吸規律平穩，無使用呼吸輔助肌，胸部起伏對稱。個案心律規則，無心悸或胸悶主訴，橈動脈末梢搏動強度為 2+，節律穩定，雙側對稱；四肢末梢無水腫且紅潤溫暖；指甲拱型，顏色呈現粉紅色無出現低血氧、休克或負荷過多情形。	評估個案氧合功能無異常。
營養狀況	現個案身高160公分，體重74.25公斤，BMI：29。 自述其院外食慾佳，時常感到飢餓，每餐可進食全量	評估個案其BMI屬於「輕度肥

	<p>院內便當，且習慣在餐間吃點心(麵包一個、蛋糕兩塊、巧克力三個、餅乾五塊)與來一客泡麵一碗；飲水量約每日2000~2500毫升，會額外攝取低卡可樂一瓶、蔓越莓果汁等；進食無噎咳，不過近日主訴吃飯時吞嚥困難，故依醫囑服用Trihexyphenidyl hcl 2mg/tab 1PC/CMHS/PC/PO後，狀況可改善。評估皮膚顏色紅潤、皮膚彈性佳、嘴唇粉紅色，頭髮生長狀況正常。</p>	<p>胖」之體位，正常成年人應維持$18.5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 24 \text{ kg/m}^2$且每日攝取熱量高於國健署之建議，對於體重過重者，輕度工作所需的一天熱量建議為1480~1850卡之間。(Ministry of Health and Welfare, 2018, 2021)</p> <p>進食狀況需調整非正餐攝取飲食的量，可從精緻澱粉類的點心食物改為原型食物，例如番薯、馬鈴薯增加飽足感，並且將糖分高的飲料改成無糖茶類；惟因藥物副作用導致吞嚥情形改變則續觀察。</p>
睡眠型態	<p>個案曾主述有入睡困難、中斷的狀況，每日平均夜眠時數約2~3小時，現常規用藥下，入睡困難與睡眠中斷有部分改善，平均夜眠時數可提升至6小時，無主述作夢，主觀睡眠情形尚可，白天精神抖擻樣、無疲憊之情形。</p>	<p>評估個案睡眠型態常有入睡困難、睡眠中斷(1~2小時)的狀況，使用藥物後有部份改善，可衛教個案睡前做一些肌肉放鬆及冥想，幫助紓解壓力、放鬆身心、改善睡眠品質。</p>
排泄狀況	<p>排便：個案自述每日排便至少1次，性狀多為黃褐色、成形軟便且量適中，少數時間會有量少的黑硬便，無便秘、腹瀉、腹痛或解便困難情形。</p> <p>排尿：個案自述約每日排尿約8次左右，顏色淡黃、量中。</p> <p>排汗：觀察個案跳完早操後會流少量的汗，無異味。</p>	<p>評估個案排泄狀況無異常。</p>
活動情形	<p>觀察個案住院期間均可積極主動參與OT團體，自述平常喜愛參加團體時間的瑜珈課及跳早操，其活動時面帶笑容，肢體表現自然流暢，步態協調平穩。</p>	<p>評估個案活動情形無異常。</p>

自我照顧	觀察個案能夠獨力完成進食、穿衣、如廁及沐浴。	評估個案生活中自我照顧能力無異常。
身體健康	個案自述其小腿經常痠痛，常規使用Etofenamate 5% gel 40gm/tube QS/IRRE /TOPI後可改善。住院期間生命徵象穩定：體溫約在攝氏35.7~36.0℃，脈搏70~90下/分、呼吸16~18次/分，觀察其檢查及生化血液報告數值皆正常，了解住院前若身體不舒服時會主動到家裡附近診所求醫。	評估個案目前不舒服的主訴與檢查報告無關；繼續觀察使用止痛藥膏後的狀況，身體健康情形…。
性生活型態	個案目前有已婚，其懷孕及生產史為G2P2，自述目前無性方面之需求，面對伴侶開口邀約皆明確拒絕。	評估個案性生活型態無異常。
綜上評估，個案此層面有「體重過重」、「失眠」之健康問題。		

心理(情緒)層面		
評估項目	評估內容	分析
情感	觀察個案神情輕鬆有笑容，大多數時間表現友善、溫和情緒，與病友及護生對視皆會主動微笑，會主動與護生及病友打招呼，雖參與活動時會略顯激動高昂，但經提醒後可自我冷靜片刻，立即做出改變	評估個案情感層面無異常。
心情	個案主訴心情分數以十分法量化為8分，表示住院後能參與很多OT活動、能跟很多護理師、病友、護生談心聊天，因此覺得開心自在。	評估個案心情層面無異常。
調適機轉	個案描述31歲時（2022年），出現首次躁期，當時恰逢案妹憂鬱症發作，個案為了不想讓家人擔心，故先對其隱瞞身體的不適，會透過睡覺、滑手機、吃東西來調適心情，否認使用過藥物或酒精。	評估個案面對重大事件時會先有壓抑的表現，但隨後會用正向的方式(睡覺、滑手機、吃東西)來自我調適。
防衛機轉	會談中個案時常表示：「我有兩個兒子，我好想他們，都是我婆婆啦，害我被送進來醫院，害我在這邊受苦，她跟我老公都要我進來反省。」	評估個案最常使用的防衛機轉為「投射」，認為入院就是反省，而不是接受治療，顯示個案把住院當作是他人對她的懲罰，時常將自己不想接受的想法、感覺或動機歸咎於他人。

綜上評估，個案此層面無健康問題。

智能層面		
評估項目	評估內容	分析
知覺	<p>主觀上，個案曾主訴：「我沒有聽到別人聽不到的，也沒有看到別人看不到的。」</p> <p>客觀上，照護期間亦無發現個案出現幻覺式行為。</p>	評估個案無出現錯覺或幻覺等症狀。
思考	<p>個案：「我婆婆跟老公都覺得我就是有病，害我住院，不然我現在也不會再這邊受苦!他們只要看我受苦，就很開心，只會一直一直陷害我!(說話急促、語氣高昂)」</p> <p>護生：「那妳覺得他們會怎麼陷害呢?」</p> <p>個案：「他們就是都在害我，我現在的一切都是他們家害的阿，妳知道他們家有多垃圾嗎?欸等等我要去拿東西，我吃東西都吞嚥困難欸怎麼會這樣，我現在要打電話叫我爸來接我外出，我想出院。」</p>	評估個案會談流暢，想法多、話題接連冒出、但乏終極目的，有意念飛躍之症狀。會談過程語速急促，內容部份合邏輯，認為其他人讓她「住院」就是要害她，但無法說出具體內容，只是一味的深信有人要害她，評估其有被害妄想。
語言	觀察個案回覆護生的話語間，語言表達切題及流暢性高，能快速理解及組織語言，語速偏快，音量適中，話量多，話題變化快。	評估個案語言能力無異常。
行為	觀察個案會談時，容易會有靜坐不能的情況，時常在房間內無目的地來回走動、整理東西、裝水，表示不想坐著或坐著不舒服，觀察個案會主動和其他病友對話、參與團體活動。	評估個案靜坐不能的症狀可能與抗精神病藥物常見的副作用－錐體外症候群及正處於躁期有關。
判斷力	<p>護生：「失火了怎麼辦?」</p> <p>個案：「趕快把家人叫醒，再趕快逃跑阿。」</p>	評估個案判斷力無異常。
定向感	個案能回答出自己是誰，以及我是小護生、當天日期及當下時間、自己正在基隆長庚醫院情人湖院區的八樓急性精神科病房。	評估個案定向感無異常。
記憶力	<p>立即記憶：個案能夠在五分鐘後記住我講過的三種物品(紅色、鉛筆、汽車)。</p> <p>近期記憶：個案能夠想起昨日與護生的聊天內容以</p>	評估個案記憶力無異常。

	及說出昨天三餐分別吃什麼。 遠期記憶：個案能夠記得國小國中畢業的學校。	
抽象思考能力	個案能說出芭樂和蘋果都是水果，鉛筆和直尺都是文具等。	評估個案抽象思考能力無異常。
計算能力及注意力	個案在做數學100減7的連續運算時，計算結果均正確，且回答速度在10秒以內。	評估個案計算力及注意力無異常。
基本知識	個案能知道現任總統為賴清德、十二月底的節日為聖誕節。	評估個案基本知識無異常。
病識感	個案自述是情緒起伏太大以及跟家人爭吵的問題才入院，認為自己有生病，但門診追蹤就好，送她來醫院的那些人都是想要害她。	評估個案知道自己有生病，但不認為需要到住院治療，顯示個案為「理智型病識感」。
綜上評估，個案此層面有「思考過程紊亂」之健康問題。		

社會層面		
評估項目	評估內容	分析
自我概念	<p>身體我：</p> <p>個案對於自己外貌表示滿意且有自信，自述從小到大有許多追求者，讓她會想透過增肥，來勸退那些愛慕她的人。</p> <p>個人我：</p> <p>個案認為自己是外向、有能力、聰明、大膽、樂於給予、充滿精力、敏感、有愛心的人；而認為家人看待自己是悲觀、孤僻的；表示家人看見她憂鬱就認為她是正常人，並不同意她有社交活動，面對這兩種極端的看法，個案表示非常壓抑且不快樂，覺得自己像籠中鳥般不自由。</p>	評估個案對於「身體我」並無自我概念降低而出現的失落感或攻擊行為；對於「個人我」則感到壓抑。
人際關係	個案曾任職於行政秘書、工程助理等職位，自述與職場同事相處融洽；人際互動方面，個案表示與國高中少數朋友感情深厚，但自從與現任伴侶相處後，因顧及伴侶關係，就與極少與朋友們維持聯	評估個案對於婚前人際關係互動良好，但婚後因顧及伴侶而導致人際關係疏離、社交情形匱乏，由是可見人際關係明顯

	繫，個案曾提過「我在家都好無聊，我好想念他們，但他們好像也離我越來越遠了...」。	困擾。
角色功能	個案目前具媳婦、妻子、人母等角色。作為媳婦，因其現與伴侶、公婆同住，曾主訴與公婆關係緊張，時常發生口角衝突，表示非常不適應也不滿意此角色。作為妻子、人母，個案自述能良好扮演妻子、人母的角色，認為自己充滿責任感。	評估個案在角色功能的自我評估上異常，於媳婦角色中呈現明顯角色衝突與適應困擾。
支持系統	個案自述金錢與物質方面的支持來源皆仰賴於伴侶，並經常強調自己「衣食無憂，錢花不完」；對於伴侶的情感支持，個案表示從來沒有感受到，認為兩人雖然同住，但伴侶時常無視、強迫她做不想做的事，無法提供情感陪伴，感覺自己只是「生育的工具」；個案曾提及與案父感情良好，但在家人面前只報喜不報憂，故若有心事想要抒發還是只能以自我消化為主，表示「我也好想像你們一樣，有人可以一直聽自己說話，所以我現在在醫院其實很不錯，也很開心」。	評估個案實質層面的支持無異常，情感支持系統較為不足。
休閒活動安排	個案自述入院前，會安排每日做超慢跑一小時；入院後休閒活動多為參加OT團體、跳早操、與其他病友聊天。	評估個案休閒活動安排無異常。
綜上評估，個案此層面有「親密關係失常」之健康問題。		

靈性層面		
評估項目	評估內容	分析
人生觀	個案對於未來計畫持有自信及有信心的態度，但礙於出院後會面臨小孩的感受問題而無法馬上執行計畫；個案表示生病前對人生迷茫，生病後對人生的看法為「豁然開朗」，表示出院後會努力的逃離有毒的任何關係，不會再讓自己感到壓抑或不舒服。	評估個案對未來規劃積極正向。
信仰觀	個案自述有佛教信仰，對她來說信仰就如同心靈支柱，主觀上對於信仰之重要性高，住院期間也有抄	評估個案能提及宗教對其調適或情緒支持有所助益，顯示宗

	寫佛經的習慣，表示靜心能讓她感到放鬆、舒適。	教信念為正向支持資源。
自我超越感	個案表示自己是個「有能力、樂於給予、有愛心的人」，曾於住院前參加過許多次紅十字會舉辦的志工活動，主訴覺得幫助別人是一件很有意義的事，並且能讓自己感到心情愉悅，對於公益活動十分支持。	評估個案能超越自我的限制與問題，進而對社會有所貢獻及追求人生的目標。
自我改變	個案描述自我時，內容皆為正向居多，認為自己是積極主動、勇於改變的人；對於自我身體的看法則表示入院後透過藥物治療，終於能入睡；個案意識到入院前因生活事件常常有情緒起伏的情形，會生氣、激動、失去控制感等，個案自述出院後會想多參加志工活動，多幫助別人來轉移讓自己不愉快的人事物與環境。	評估個案對自我看法及對自我改變的皆為正向。
綜上評估，個案無此層面之健康問題。		

七、護理過程

（一）健康問題一覽表

編號	健康問題/導因	出現時間	解決日期
1	失眠/與躁症症狀有關	12/1	12/18
2	體重過重/難以維持良好健康促進活動	12/1	尚未解決
3	思考過程紊亂/與意念飛躍有關	12/1	尚未解決
4	親密關係失常/維持親密關係障礙	12/1	尚未解決

(二) 護理計畫

主客觀資料	健康問題 (診斷)/ 導因	目標	護理活動	評值
<p>S1：12/2「我真的好累喔，晚上幾乎都睡不著或只睡一、兩個小時欸。」</p> <p>S2：12/2「我對我自己的睡眠超級不滿意阿，想睡又睡不著，乾脆打乖乖針最快啦。」</p> <p>O1：12/2 觀察個案表情倦怠，雙眼無神，黑眼圈明顯。</p> <p>O2：個案平均整體睡眠狀況：3-4小時/天。</p> <p>O3：12/7 評估個案PSQI分數為19分。</p> <p>O4：12/7 評估個案YMRS分數為28分。</p> <p>O5：現常規醫囑 Clonazepam 2mg/tab 1PC/HS/PO、 Estazolam 2mg/tab 1PC/IRRE/PC/PO 使用。</p>	失眠/與躁 症症狀有 關	<p>1.短期 個案能夠在12/15以前說出至少2種促進睡眠的方法。</p> <p>2.長期 12/18前個案PSQI分數能降至5分以下。</p>	<p>1-1 12/11 了解個案前夜睡眠情形，並鼓勵表達夜眠差的干擾因素(環境、習慣改變、情緒...)。</p> <p>1-2 12/11 指導個案減少及除去環境中的干擾因素如：減少噪音、調整病房內的溫度及被蓋、關閉不必要的燈光、避免飲用刺激性飲料(咖啡、茶類)、睡前排空膀胱。</p> <p>1-3 12/11 指導個案夜眠中斷時，可食非刺激性的溫熱牛奶、清淡點心或溫開水來改善睡眠。</p> <p>1-4 12/11指導個案維持良好生活習慣：維持規律之睡眠作息、於白天培養規律的運動習慣、每日按時入睡及起床。</p> <p>2-1 12/11教導個案睡前做冥想法：示範藉由集中自己的注意力在某個特定的物體、語詞，甚至是自己的呼吸上，可使心情安定與集中注意力。</p> <p>2-2 12/11教導睡前做放鬆身心之活動，如漸進式肌肉放鬆及腹式呼吸法等，鼓勵選擇適合自己的方式加以練</p>	<p>1. 12/15 個案能正確說出促進睡眠的方法：早上養成規律的運動習慣、睡前做肌肉放鬆運動。</p> <p>2.12/18 評估個案PSQI分數為5分。</p>

			習，應每天規律執行10~20分鐘，可以降低情緒困擾並幫助入睡，以建立良好睡眠習慣。	
<small>*註</small> PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index 匹茲堡睡眠品質量表；YMRS, Young Mania Rating Scale 楊氏躁症評估量表				

八、討論&結論

本文描述一位雙相情緒障礙症的34歲女性，經五大層面評估有以下健康問題：（1）失眠/與躁症症狀有關（2）體重過重/難以維持良好健康促進活動（3）思考過程紊亂/與意念飛躍有關（4）親密關係失常/維持親密關係障礙，囿於篇幅限制，本文將著重探討失眠之護理健康問題。

雙相情緒障礙症（Bipolar disorders）是情緒在躁期和鬱期反覆週期性的變化，根據Taichung Veterans General Hospital (2025)資料中，顯示台灣雙相情緒障礙症盛行率為0.3~0.5%，相當於每一千人中，就有三至五人罹患或曾經有過此病。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）調查的最新數據中也提到，雙相情緒障礙症的全球盛行率約為2%，2001年至2022年間，在29個國家的156,331名受訪者中，男性終生盛行率為2.5%，女性為2.3%；且女性中罹患雙相情緒障礙症通常在青春期或成年早期發病(World Health Organization, 2025)。

依據美國《精神疾病診斷統計手冊第五版》（DSM-5—Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition; American Psychiatric Association），指出雙相情緒障礙症中躁期和憂鬱交替發作之情感性疾患，診斷準則之「躁症發作」（mania）為出現明顯的情緒困擾並持續情緒高昂、開闊或易怒，進行目標導向活動，且將近一整天和幾乎每天呈現此狀態，至少持續一週；此時期會出現下列三項或更多明顯的行為改變：膨脹的自尊心或自大、睡眠需求減少、比平常更多話或滔滔不絕、思緒飛躍、分心、增加目標導向的活動、過度參與可能會帶來痛苦結果的活動，且嚴重影響社交。本文照顧之個案在躁期的情緒表現特徵有情緒高昂且亢奮，會出現活動量增加、失眠、注意力下降、說話速度快且話量增加等行為，嚴重時可能會出現攻擊暴力行為。

Pearson et al. (2023)說明睡眠障礙是躁症發作、輕躁症和重度憂鬱發作的核心特徵，在重度憂鬱發作中表現為嗜睡以及疲勞，在躁症或輕躁症發作中表現為失眠。Haddad et al.(2021)表示在雙相情緒障礙症患者中，慢性失眠是一種普遍的問題。研究指出，即使患者的情緒症狀在發作期間受到控制，他們仍可能經歷慢性失眠的困擾，這些睡眠障礙也可能與躁症的發病機制直接相關。此外，作為躁症與輕躁症發作的主要症狀之一，睡眠喪失往往會使這些疾病發作不斷惡化。研究發現，通常每晚睡眠少於六小時的躁症患者，相較於睡眠較規律的患者中，具有更多躁症症狀，睡眠品質較差與躁症發作程度較高顯著相關。

「中文版匹茲堡睡眠品質量表（Chinese Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI）」係國際間常用之睡眠品質評估工具，評估時間為過去一週，評估內容包括：主觀睡眠品質、睡眠效率、睡眠干擾、睡眠延滯期、睡眠總時數、助眠藥物的使用與白日功能障礙，每題得分為0至3分，滿分為21分，分數愈高表示睡眠品質愈差，總量表得分高於5分即為睡眠品質不良(Pan et al., 2022)。為測量個案躁症症狀的嚴重程度，使用國際間廣泛採用之楊氏躁症評估量表（Young Mania Rating Scale, YMRS），為Young et al. (1978)所發展，由專業研究人員以結構式訪談進行評估。評估量表包含兩面向，第一面向包含7題：情緒、活動量及動作、性趣、睡眠、言談（速度與量）、儀表、病識感

等，每題計分介於0-4分；第二面向包含4題：易怒、言語—思考障礙、思考內容、干擾或攻擊性行為等，每題計分介於0-8分（加重計分），滿分為60分，得分越高，表示躁症症狀越嚴重。臨床常用的分數界線如下：輕度躁症為1-20分、中度躁症為21-30分、重度躁症為超過30分。此量表具有良好的評量者間信度（ $r = .93$ ）及預測效度，與其他躁症評量工具（ $r > .71$ ）、住院天數之間（ $r = .66$ ）均呈現顯著中度相關(Pan et al., 2022)。

Haddad et al.(2021)表示，住院期間若有良好的睡眠品質，顯示其PSQI（4.96 vs. 2.75， $p < 0.001$ ）及YMRS（8.60 vs. 3.06， $p < 0.01$ ）得分均得顯著降低。依據上述文獻，對照本文個案入院時PSQI為19分，顯示其睡眠品質極差；YMRS分數為28分，顯示其為中度躁症，此結果與文獻中「睡眠障礙與躁症嚴重度高度相關」一致，顯示睡眠問題在本個案的躁症發作中扮演關鍵角色。由此推論，若未能有效改善其睡眠品質，躁症症狀恐持續或惡化；相反地，將睡眠評估與睡眠介入策略納入照護重點，可能有助於降低躁症嚴重度、促進個案情緒穩定，並改善整體治療預後。

Sutton (2021)認為維持規律的放鬆方法可以降低認知喚醒和身體緊張度，從而幫助入睡，例如：漸進式肌肉放鬆、腹式呼吸和冥想等方法，已被研究可能對低風險失眠患者有顯著的益處。Chan et al.(2021)指出失眠認知行為療法（Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, CBT-I）是一種多組合式的治療方法，旨在針對導致失眠的行為、認知和生理因素，並糾正和改變適應不良的行為以及對睡眠和失眠的錯誤認知。它通常包括每天一次（每次50-90分鐘）的療程，內容涵蓋以下主題：刺激控制、睡眠限制、放鬆技巧、認知療法和睡眠衛生教育。CBT-I可以採用不同的形式，例如面對面的個人或團體治療，以及指導式或非指導式的數位自助治療。經過大量隨機對照試驗（RCT）評估了認知行為療法（CBT-I）治療成人慢性失眠的療效，多項系統性回顧和統合分析的綜合證據表明，CBT-I對多種族群均有效，且具有中等至較大的效應量，其短期改善睡眠的效果與藥物治療相當，但長期效果較持久；整體而言，70%至80%的慢性失眠患者在做了CBT-I後失眠症狀有所改善，50%的患者達到了具有臨床意義的療效（例如，入睡潛伏期縮短至30分鐘以內，減少鎮靜安眠藥物的使用），30%的患者睡眠品質得到改善。本文以放鬆技巧介入後成效顯著，個案能持續並自主運用CBT-I中的放鬆技巧（如腹式呼吸與肌肉放鬆），並將其融入日常生活，培養情緒穩定與提升專注力。本文介入成果亦證實上述文獻內容：介入後個案PSQI分數降至5分，較入院時下降14分，顯示睡眠品質已改善至正常範圍；YMRS分數降至10分，較入院時下降18分，顯示躁症症狀明顯緩解，由中度轉變為輕度躁症。

整體而言，本文結果與上述文獻結果一致，顯示CBT-I結合放鬆技巧不僅能有效改善睡眠品質，亦可能透過穩定睡眠與情緒節律，間接降低躁症症狀嚴重度。此結果支持將CBT-I及放鬆訓練作為雙相情感障礙合併失眠患者之重要非藥物介入策略，有助於提升整體治療成效與長期預後，故建議日後臨床上若有遇到類似健康問題的病人時，可參考本文所採用之護理措施，以協助病人緩解失眠所帶來的困擾、穩定情緒。

九、參考資料

- Chan, N. Y., Chan, J. W. Y., Li, S. X., & Wing, Y. K. (2021). Non-pharmacological approaches for management of insomnia. *Neurotherapeutics : The Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 18(1), 32–43. <https://doi.org/10.1007/s13311-021-01029-2>
- Haddad, C., Obeid, S., Ghanem, L., Kazour, F., Chok, A., Azar, J., ... & Tahan, F. (2021). Association of insomnia with mania in Lebanese patients with bipolar disorder. *L'encephale*, 47(4), 314-318. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.09.008>
- Ministry of Health and Welfare. (2018). *Adult health posture standards*. <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=542&pid=9737>
- Ministry of Health and Welfare. (2021). *Recommended daily food intake*. <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=544&pid=728>
- Nierenberg, A. A., Agustini, B., Köhler-Forsberg, O., Cusin, C., Katz, D., Sylvia, L. G., Peters, A., & Berk, M. (2023). Diagnosis and treatment of bipolar disorder: A review. *The Journal of the American Medical Association*, 330(14), 1370–1380. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
- Pan, A. N., Lin, C. L., Hsu, P. C., & Chen, H. C. (2022). [The associations of subjective and objective sleep quality and mood symptoms among patients with bipolar disorder: A longitudinal study]. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(3), 26–36. [https://doi.org/10.6847/tjpmhn.202212_17\(3\).04](https://doi.org/10.6847/tjpmhn.202212_17(3).04)
- Pearson, O., Uglik-Marucha, N., Miskowiak, K. W., Cairney, S. A., Rosenzweig, I., Young, A. H., & Stokes, P. R. A. (2023). The relationship between sleep disturbance and cognitive impairment in mood disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 327, 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.114>
- Sutton, E. L. (2021). Insomnia. *Annals of Internal Medicine*, 174(3), 33–48. <https://doi.org/10.7326/AITC202103160>
- Taichung Veterans General Hospital. (2025). *Bipolar disorder*. <https://www.vhcy.gov.tw/PageView/RowViewDetail?WebRowsID=cfee6253-433f-451e-b5c6-df61f79956a9&UnitID=9560bc3c-9b11-43a8-9cd7-89c676199787&CompanyID=e8e0488e-54a0-44bf-b10c-d029c423f6e7>
- World Health Organization. (2025). *Bipolar disorder*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>