

運用羅氏適應模式於一位老年雙極性 情感疾患個案之護理經驗

黃百如 洪昭安*

本文係針對一位患有雙極性情感疾患的64歲已婚女性之護理經驗。藉由觀察及會談等方式來收集資料，並且運用羅氏適應模式進行整體評估，包括生理功能、自我概念、角色功能以及相互依賴等，結果發現個案有睡眠型態紊亂、個人因應能力失調、排便型態改變、知識缺失、自我照顧能力缺失等問題。經建立治療性關係，以及運用羅氏適應模式，協助個案抒發情緒，提昇調適能力，以促進更高的生活品質。本文支持羅氏適應模式可應用於雙極性情感疾患之臨床照顧，文中並對臨床應用之限制做討論。

關鍵詞：羅氏適應模式，雙極性情感疾患

前 言

每個人都是有情緒變化的，如果情緒控制失去了常軌，引起情緒表達的強度、表現方式的不恰當，伴隨有躁狂或憂鬱症狀而影響到社交及職業功能，甚至造成現實感的障礙，且並非由其它身體或精神病因所導致，即可謂之「情感性疾患」(mood disorder)^[1,2]。

躁症與精神分裂症是精神疾病中較嚴重的兩種疾病，嚴重發作時，均會使患者的社會功能呈現嚴重障礙而必須住院^[3]。躁鬱症更是容易復發的精神病，其終生約有2-30次的復發率^[4]。所以在臨床上，如何能夠提供這些病患高品質的護理是非常重要的。

本文係針對一位診斷躁鬱症，目前處於躁期之64歲女性個案，運用羅氏適應模式，協助

個案處理情緒問題，提昇自我價值及適應能力，以改善生活品質的護理經驗。

文獻查證

一、羅氏適應模式

羅氏適應模式屬於系統性模式，強調人是一個適應的系統，而此系統的刺激來自外在的環境及個人內在，刺激自然就會促成適應程度，護理的目的即在助人達到最佳的調適狀態以增進人的健康與生活品質，使人達到統整與完美的狀態及過程，而無論在生理或心理各方面皆能維持統整性，且對不斷改變的環境做合適的反應。所謂「適應」正是羅氏模式的理論重心，可以有效應付壓力源時，即出現適應的反應；若無法有效的應付壓力源，即發生無效的反應。

中山醫學院護理系

* 通訊作者：洪昭安

通訊地址：402台中市南區建國北路一段110號 電話：(04)24730022轉1735

護理的目標係在促進病患與環境互動，並透過回饋作用而促使病患調整適應方式，以應付刺激。因此，羅氏指出人有四種適應模式：(1)生理模式—人在適應過程中要滿足其基本生理需要（活動與休息、營養、排泄、體液電解質、氧氣和循環、感覺與神經、內分泌），以維持身體的恆定。(2)自我概念模式—關注的焦點在人的心理，主要強調心理統整的需要。(3)角色功能模式—指個人因在社會團體中所處的地位，而有不同的職責與功能。(4)相互依賴模式—指人與人之間的親密關係，包括了找尋幫助與支持系統之間的愛、尊重、互助等情感需要。依據以上之行為反應，藉由羅氏適應模式為基礎的護理過程，協助分析病患問題行為之所在，提供症狀處置技巧，以改善病患之情緒困擾，增加達成適應的目標，以維持最好的健康狀況^[5,6]。

二、躁鬱症

情感性疾患早在西元前1500年就有埃及文獻描述，直到十九世紀末期，克雷佩林（Kraepelin, E）才正式把具有週期性特徵的情感性障礙命名為躁鬱症（Manic-depressive illness）。而ICD-10（國際疾病診斷分類第十版）當中，將此診斷命名為雙極性情感疾患（bipolar affective disorder），它是由不同的情感發作組合而成，情感發作包含重鬱發作，躁狂發作、混合發作及輕躁發作^[1,7]。而躁期的特徵，除了有情感上的高亢外，在行為上亦呈現活動量過高、言語過多、思考速度過快、思考內容過多、自我評價膨脹與生理需求過高的症狀^[2]。

三、老年精神病患之護理

在眾多與老人有關的健康問題上，最少被人討論或提供支援服務的便是患有精神病的老人了。所以在護理老人的心理健康上，已成為護理工作的一大重點。而在護理老年精神病患時，除了運用一般成年精神病患照顧的原則，還需考慮以下幾點：^[7,8,9,10,11]

(一)由於老年人身體結構與功能的改變，使他們對藥物的反應比一般成年人敏感，故在用藥時，除了需考慮對藥物反應比較敏感外，還

應考慮所服藥物彼此間交互作用的問題，所以施予藥物治療時，藥物的安全性較重於藥物的療效。

- (二)環境的修正與安排上，除了包括安全、方便、適用外，於躁症老人可提供一安靜、寬敞之空間，減少環境的刺激，並設計固定活動計劃表，包含休息時間，以幫助活動過多的病人獲得必要之休息。
- (三)協助發揮尚存的精神與生理功能，因為功能喪失是影響老人自尊低落的重要因素。應儘可能利用機會讓其發揮現存的功能，以維持活躍的狀態。對於躁症病患，可引導過剩的精力，使之朝向建設性的方向發展。
- (四)提供最低限度必要的協助，安排有充足的時間完成進食、穿著、沐浴等自我照顧，使老人能掌握自己的生活，並有自我價值感的存在。若老人忽略自我照顧，可予提醒，若有進步，可給予獎勵。
- (五)老人不善於適應新的、多變的環境和事物，故除了要配合興趣與能力外，最好能維持其規律性，對於躁症病患選擇避免精細或競爭性的活動。
- (六)從社交和團體的活動中逐漸退縮下來是老人常見的現象，故除了提供個別性的照顧與活動外，宜盡量安排參與同輩團體的機會，可以讓老人從團體中獲得分享、支持與協助。
- (七)護理人員不要懷疑老人所回憶事件的準確性，而是應以誠懇的口頭肯定這些生活經驗，並表示對其內容感興趣。
- (八)老人經常會需要一些時間來尋回及整理其記憶，此時應給予充分的時間，並耐心等待。護理人員可以輕觸或握住老人的手等肢體語言來表達情緒支持，並安靜地在旁陪伴。
- (九)護理人員亦要教導家人接納病患，避免批評或與其爭論，且給予病患支持以協助他們面對老年期的轉變。

個案簡介

一、基本資料

黃女士，64歲已婚，教育程度國中畢業，

目前從事家管，宗教方面為民間信仰，此次入院診斷為情感性疾患（mood disorder, bipolar I），護理日期自89年9月4日個案入院至9月21日出院。

二、此次住院經過

個案於89年7月初開始未依規則服藥，8月初復發失眠、情緒低落，兩週後轉為高昂亢奮，家屬表示個案意識混亂、興奮多話、舉止行為為激動、亂花錢、頻作家事，於8月底時更加嚴重，住院前一日在家中具有攻擊行為，會甩門、摔東西、發脾氣，住院前一夜整夜未眠，故由先生、兒子帶至中部某教學醫院急診求治而住院治療。

三、發展史及過去病史

個案病前性格內向害羞，但熱心助人，善良賢淑，就讀員林國中成績優異，畢業後就開始縫紉學習。19歲時，將自己一技之長授予學生，32年的縫紉生涯中，結婚生子，與丈夫的關係親密，很少衝突發生。民國68年時，因婆婆中風，一肩挑起家庭重擔，照顧婆婆達十年。49歲時因子宮肌瘤而行子宮卵巢切除手術。54歲時，因憂鬱、情緒低落、對活動失去興趣、思考無法集中等精神症狀，而至精神科門診治療，

後於民國84年3月、8月及民國87年反覆於台中某教學醫院精神科住院數次。

依據Erikson的心理社會發展理論，中年期的需求應是超乎自我與家庭，及投入協助下一代。若因在發展過程中，遭遇到特殊的壓力事件，可能會導致心理上的停滯發展。人的一生終究無法避免各類壓力、失落，但如何面對及因應，期間防衛機轉的應用可以影響個人的調適狀況。個案在照顧婆婆時，婆婆所給予之刁難、斥責、脾氣暴躁等負向回饋，使個案對自我的要求提高。且因個案是長女，遇到壓力時都埋在心裡，認為自己可以承擔，卻導致無法因應此一壓力而造成精神症狀的發生，近年來則因病情使人際互動、社會功能顯著退化^[12]。

四、家族史

個案自小的家庭經濟狀況富裕，有四個妹妹與兩個弟弟，案母現年89歲，與案弟同住中。個案與丈夫婚後互動好，育有四子，案夫目前已由農會糧食局退休，長子於大學時戲水溺斃，其餘三子皆已婚且育有孩子，目前個案與次子同住，支持系統佳，家庭成員中主要照顧者為案夫，家庭圖譜如圖1。

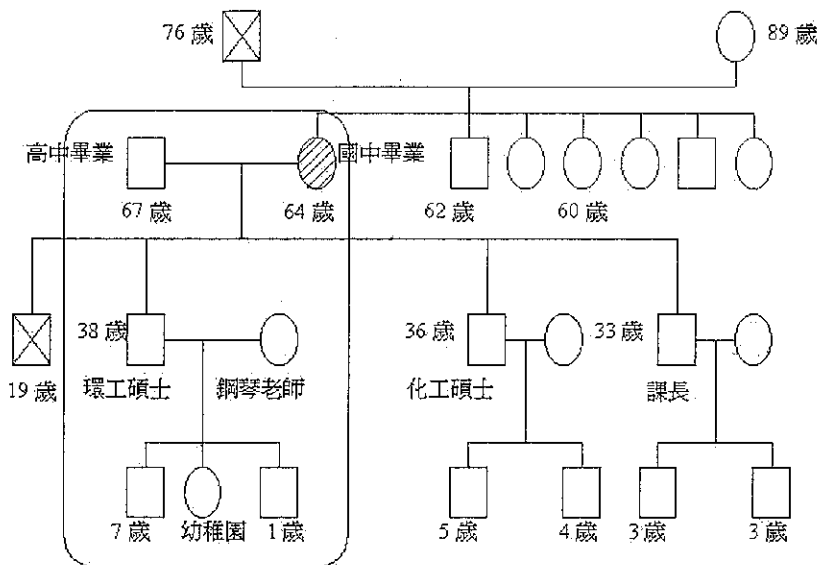


圖 1 家族圖譜

五、住院主要治療

(一)藥物治療

個案於住院過程曾經使用過的藥物分為以下幾類：(1)抗帕金森症藥：Akineton、Benzhexol；(2)抗精神病藥：Thirizine、Sulpiride、Etumine；(3)抗焦慮劑&情緒穩定劑：Rivotril、Lidin、Tegretol；(4)非巴比妥類的鎮靜安眠藥：Zolpidem以及(5)雌激素和黃體激素：Premarin、Provera等5大類藥物。

(二)團體治療

利用團體治療可使個案學習團體社會的規範，接受團體成員所給予的支持與鼓勵，且經由適宜的環境，學習較健康、正向的因應方式，有助於協助其人際互動並增加自我控制的力量^[13]。護理人員可運用治療性技巧防止病患功能退化，改善其生活品質。個案住院時每週星期四下午固定參與團體治療，包括生活討論會、團體衛教等，期間觀察到個案有達到 Yalom^[14]十二項團體有效治療因素之團體凝聚力-個案有歸屬於團體並為團體接受的感覺；利他思想-個案能夠幫助他人，且會把屬於自己的部分和別人分享；普遍性-經驗到自己並不是唯一有這種問題的人而比較不孤單；宣洩情緒-個案可以對團體中的人表達出某些負面或正面的感受；模仿行為-會模仿採納其他團體成員或醫療小組人員之舉止並學習適切之行為^[1]。

(三)行為治療

個案於住院時的行為包含話多、活動量大、情緒高昂，故於9月4日至9月21日期間運用「社會學習論」中的『模仿』(Modelling)來協助病患學習新行為，若示範者能讓病患感覺條件和自己相似，學習的效果將愈好，病患愈能從觀摩新行為中得到激勵，並讓病患一方面從旁觀察，一方面參與演練。在此過程中，護生聯合個案之主要照顧者，共同針對個案話多、情緒高昂等問題，藉由示範、重複引導修正錯誤、活用說明引導合宜行為之表現等讓個案在愛心及耐心學習的期待中達成能適時控制自己的情緒、選擇在合宜之時候表達意見，避免造成他人困擾^[7,15]。

(四)職能治療

個案於9月18日至9月20日有參與職能治療的活動，其主要目標在增進個案的肌力、關節活動度、肢體動作控制、協調及平衡等能力，且利用各種活動的特性，以恢復或強化個人的學習能力，加速適應環境，減少或矯正病態，促進身心健康，提昇獨立能力。

護理評估

在此以羅氏(Roy)適應模式評估個案整體功能。

一、生理層次

(一)活動：個案肌肉骨骼活動度及功能均在正常範圍，住院前的休閒是爬山及跳土風舞，住院前兩週舉止行為激動、頻做家事，住院前一日在家中有攻擊行為。住院初期自我照顧能力不佳，需輪椅輔助行為，案夫隨側在旁協助如廁、進食、衛生及修飾等日常生活，9月11日後活動量顯著增加，因為好管閒事導致行為極為衝動，注意力容易被外界刺激吸引而分散。

(二)睡眠：個案平時睡眠時間約從晚上十時就寢至隔天四時起床，生活規律。入院初，因用藥關係導致白天多躺床，後來情況漸改善。但於住院期間夜眠無法持續，每晚因夜尿三至五次而醒，個案表示並不影響其睡眠，且醒來有睡飽的感覺。

(三)營養：個案身高152cm，體重61kg，衛生署建議之標準體重為49kg，個案超過20%以上，顯示營養狀況達到肥胖程度。外觀身材豐腴，平時在家飲食量約每餐一至二碗飯，對食物無禁忌及過敏的情況，住院後攝食量降低，但體重增加1公斤，對醫院的伙食表示不錯，喜歡吃饅頭，除三餐外也攝取很多水果。

(四)排泄：解便習慣與住院前一樣規律，每天一次，但在9月10、11日表示解便困難，故依醫囑給予軟便藥劑後解出糞便外觀黃褐色、量多、成形軟便，之後個案表示每天都吃香蕉以助排便，沒有再抱怨解便困難的情況。

(五)體液電解質：個案皮膚彈性尚可，無水腫情

形。住院前體液攝取量約每日2000cc，住院後因併用抗精神病藥物而有口渴副作用，9月13日開始服用鋰鹽，有煩渴及小便量多的現象，給予衛教後每日喝水可達2500-3000cc，以防止血清鋰鹽濃度過高。住院時體液電解質檢查正常。

(六)氧氣和循環：個案胸部外觀正常，無任何呼吸方面的疾病，皮膚顏色黃，黏膜及指甲床顏色呈淺粉紅色，生命徵象大致正常，平均體溫36-37°C，脈搏78-85次/分，呼吸16-21次/分，血壓100-120/76-90 mmHg。個案入院後因服用有鎮靜安眠藥物，有步態不穩、嗜睡等副作用，9月13日服用鋰鹽後觀察個案並無出現眩暈、口齒不清等鋰鹽中毒先兆。血液檢查結果：Hb：13.7gm/dl WBC：5.7×10³/ul。

(七)感覺與神經：基本的視、聽、嗅、觸、味等感覺正常，評估個案GCS：E4V5M6，個案服用鋰鹽後出現手微抖動的現象，但不至於影響到日常生活功能。

(八)內分泌：個案無遺傳性家族病史，49歲因子宮肌瘤而行子宮卵巢切除手術，目前住院中依醫囑給予Premarin 0.625mg/qd及Provera 5mg/qd補充。

二、心理社會層次

(一)自我概念：個案對自我的概念是正向的，對自己的一切外觀都還滿意，喜歡裝扮自己如畫口紅、穿漂亮衣服。至於縫紉技術方面，明白現在人老了，無法再做精細的工作。但照顧孫子的責任，仍讓目前的生活過得有意義且有成就感。個案個性溫和，不會隨便向人發脾氣，更不曾與人吵過架。住院後，對自我概念沒有太大的差異，但缺乏藥物與疾病的認識，時常要求出院返家，認為不需再住院。

(二)角色功能：個案身兼妻子、母親、女兒、婆婆、姊姊、奶奶、病人等七種角色。目前住院期間執行病人角色。個案64歲，在角色發展上主要任務為生產性而邁向統整的階段，43歲時，因照顧中風且脾氣暴躁的婆婆，長久下來，壓抑自己情緒且未適度調適壓力，導致於54歲時，因憂鬱情緒低落、對活動失去興趣等精神狀況出現。目前重心放在帶孫子上。個案能夠接受自己的一生，且體認生命有所價值。出院後希望有機會能夠做媒婆，湊合別人的姻緣。

(三)相互依賴：人際關係上與家人關係親密，熱心助人，但對於陌生人不會主動交談，顯得害羞。發病後因憂鬱症而導致社交隔離，足不出戶，此次住院期間案夫幾乎終日陪伴，對丈夫顯得相當依賴，某次午睡醒後，不見案夫，情緒變得焦急不安。與案夫的感情親密，彼此互動良好，且家屬對個案接受程度高，支持系統佳，個案不需要親友金錢的協助，因案夫每月有固定的退休金俸，足夠兩人使用，受到案夫的照顧品質相當優良。

護理問題

由以上護理評估歸納呈現主要之護理問題依序如下：

- (一)睡眠型態紊亂／與疾病所導致情緒高昂有關；
- (二)個人因應能力失調／與生活遭遇挫折無法自我調適有關；
- (三)便秘／與飲食習慣、身體活動量減少有關；
- (四)知識缺失／與缺乏正確疾病及藥物的資訊有關；
- (五)自我照顧能力缺失／與藥物副作用導致感覺及動作麻痺有關。

護理計劃^[16,17]如表1至表5所示。

表1 【問題一】 睡眠型態紊亂／與疾病所導致情緒高昂有關

日期	主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
89/9/4	S: “我近四週失眠，睡不著，昨晚沒睡。” O: 1. 急診用藥後，熟睡中。 2. 夜眠中斷，話量多，頻表示要寫很多信。	短程：能說出導致睡眠型態紊亂之原因。 中程：能維持睡眠時間持續。 長程：能表示對睡眠型態的滿意度增加。	1. 比較個案目前的睡眠型態與住院前之睡眠習慣。 2. 當個案無法入睡時，鼓勵表達干擾睡眠的因素，如焦慮、擔憂；或環境方面如燈光、感官上的刺激等。 3. 安排日間活動，以刺激病人在白天保持清醒，避免躺床以維持正常的日夜作息。 4. 就寢前減少水分的攝取，且於病人就寢前排空膀胱。 5. 與個案及其重要親友討論能促進睡眠的技巧，如放鬆訓練、按摩。	9/7 引導下可於白天下床活動，個案表示因為生病才導致睡眠品質差。 9/21 個案平均每晚約睡眠 7-9 小時，白日約休息 1 小時。個案表示對睡眠型態之滿意度增加。

表2 【問題二】 個人因應能力失調／與生活遭遇挫折無法自我調適有關

日期	主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
89/9/5	S: “我要自立自強，不需要先生的照顧，我很想自己工作，但是我沒有工作能力。” O: 情緒起伏大，話多，過度熱心，喜干涉他人事情。	短程：能說出目前生活改變或遭受挫折有關的困擾。 中程：可主動尋求資源解決問題。 長程：能重建有效解決問題的能力。	1. 重視個案表達的感受，使其感到被了解及受到重視，並與同理增進護病關係。 2. 了解個案發病前的人格特質及過去的因應機轉型態對目前適應問題的影響。 3. 與個案共同合作，發展出符合其個人的健康照護方案。 4. 引導合宜行為的表現，鼓勵自控情緒。	9/12 個案話量仍多，於引導下可主動向案夫傾訴生活壓力事件。 9/14 可以適切控制情緒且適時向護理人員主動表達其住院後內心感受。 9/18 個案能說出之前因壓力調適不良，使得與人際互動方面變得退縮、自閉。 9/21 個案住院時已能主動向他人表示關心，且表示有能力解決所遇到之問題。

表3 【問題三】便秘／與飲食習慣、身體活動量減少有關

日期	主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
89/9/10	S: “昨日開始,我排便會疼痛,而且大便乾乾硬硬的。” O: 平時解便正常,此日口頭抱怨困難排便。	<u>短程</u> : 增加飲食纖維及液體和每日例行運動。 <u>長程</u> : 能每日規律解便。	1. 9月10、11日醫師予開立軟便劑。 2. 與個案共同訂定一個規律飲水的時間表,每日至少喝2500cc。 3. 鼓勵個案維持規則之運動,協助計劃合適的活動。 4. 鼓勵每天攝取高纖維食物。	9/10 可解出黃褐色、量多成形的軟便。 9/12 使每日可攝取約2500cc之水分及水果的補充。 9/13 可說出規律運動及增加攝取蔬果對排便的影響。之後解便規律,無再抱怨解便困難。

表4 【問題四】知識缺失／與缺乏正確疾病及藥物的資訊有關

日期	主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
89/9/10	S: “怎麼藥一大堆,不知道是做什么的。” “我不曉得為什麼會在這裡,是先生帶我來的。” O: 1. 對藥物認知不足。 2. 缺乏病識感。	<u>短程</u> : 能辨認藥物的顏色、大小及形狀。 <u>中程</u> : 能說出疾病之症狀及治療方式;能說出藥物的作用、副作用。 <u>長程</u> : 可了解且規則服藥及定期返門診的重要性。	1. 說明藥物給予之協助及其用藥原則,鼓勵配合藥物治療。 2. 要求個案重要親友參與藥物治療過程,以利個案拒絕服藥時,能陪同鼓勵個案服藥及給予支持。 3. 衛教定時回門診以監測病情進展及實際用藥情況之重要性。	9/14 可辨識藥物之顏色及形狀。 9/19 可說出因疾病導致失眠、情緒高昂之症狀。 9/20 可說出藥物注意事項及副作用處理,例如服用鋰鹽時水分攝取約每日3000cc。 9/21 口頭允諾定時與醫師預約返診之時間。

表 5 【問題五】自我照顧能力缺失／與藥物副作用導致感覺及動作麻痺有關

日期	主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
89/9/4	S: “我現在全身無力，做任何事都要先生幫我。” O: 因使用藥物關係，導致四肢較為軟弱無力，輪椅代步，在生活作息上均需依賴案夫協助。	短程: 能有效運用適當的輔助用具。 中程: 在某些限制下儘可能地展現自我照顧活動。 長程: 顯示對活動的表現感到滿意。	1. 需要時提供協助、監督和指導，以增進個案自我照顧的實行。 2. 協助確認過去自我照顧的能力和現在的限。3. 不管個案的進展多麼小，都給予正向的回饋來增強。 4. 鼓勵個案維持以前學得的自我照顧活動。	9/11 可不依靠輪椅而活動。 9/13 對於自我照顧的能力表現日趨進步而感到滿意，已不再需要案夫隨側在旁，可獨立完成用餐、沐浴、如廁、修飾等日常生活作息。

討 論

本文乃針對一患有情感性疾患，目前處於躁期之64歲女性於護理過程中，運用Roy氏適應模式來評估個案的問題並建立治療性人際關係，協助以較健康、正向的方式處理個人的情緒問題，提昇自我價值，並增加個案對疾病的調適及正向的人際互動與溝通技巧，進而促進社區適應。從其發作時的症狀，剛開始顯得混亂、話多、睡眠需求減少、注意力易分散、舉止行為激動且有攻擊等問題行為，致影響其日常生活之自我照顧能力及與人相處的技巧，令家屬經常不堪其擾，但藉著有目的之互動，尤其是護理人員與個案能分享訊息或由護理人員提供個案服務，且運用良好溝通技巧、協助個案訂定目標，評估最佳的交流互動時機，使得需要尋求幫助之病患能與護理人員達到所謂的護病

交流，此點與闕、許、陳提到運用King氏目標強調人際系統的部分，認為實際護理情境中，主要在於護理人員與個案的互動過程；劉、陳、周亦以紐曼系統模式協助個案表達需求及人際互動能力增加等學者之看法相同^[18,20]。且經由藥物、團體、行為等治療，以及適當的執行護理措施，個案逐漸恢復生活功能，人際互動能力增加，而且個案支持系統佳，故鼓勵家屬能參與定期舉辦的家屬座談會^[19]，提供有關疾病、藥物衛教、經驗分享等，如此增加家屬對個案的病況了解及接受，亦能配合醫療支持患者。另外，此個案是因不規則服藥才又令症狀復發而再度住院，故此次住院除了已衛教個案相關之疾病與用藥原則及再次發病對個人和家庭的影響，也應提供個案緩和和精神症狀的自助技巧，例如分散注意力、尋求他人協助、企圖感覺更好如洗熱水澡等^[20]使其獲得相關資訊而順利出院返家外，仍需要在回歸社區，予以門診追蹤

檢查時，定期監測慢性病友的實際用藥情況，加強其按指示服藥的動機，使其認真執行醫療指示，如此才能積極幫助個案達到穩定病情。在護理過程中，運用羅氏適應模式，增進個案自我調適能力，運用傾聽、支持態度及同理心協助抒發情緒，可感受到此模式的應用價值。然而羅氏是以適應、行為為導向，強調整體的觀念，在生理模式中的理論發展較完整，但卻較為忽略靈性、人性方面的探討，並且羅氏主要強調人與環境的適應概念，並以個案為中心，故其使用上仍有其限制。

結 論

羅氏模式的理論重心是「適應」，其護理目標在促進病患與環境互動，並透過回饋作用而促使病患調整適應方式。經由四種適應模式的評估，協助個案面對疾病過程，引導情緒宣洩及心理支持，進而提昇個案的調適能力以促進更高的生活品質，此為本篇個案報告的重心。也發覺羅氏適應模式可運用於雙極性情感疾患的老年病患。

誌 謝

首先是感謝個案、家屬給我這個寶貴的護理經驗，其次是台中榮民總醫院精神科的所有工作團隊以及護理長、督導的行政支持及老師的指導與勉勵。

參考文獻

1. 黃美治：情感障礙病人之護理。最新精神科護理學，台北，永大，2000：273-307。
2. 孔繁鍾、孔繁錦：DSM-IV精神疾病診斷準則手冊。台北，合記，1997。
3. 胡海國：躁症-雙相情感疾病。當代醫學雜誌1998；25：429-430。
4. Kaplan HI, Sadock BJ and Grebb JA: Mood disorders. Synopsis of psychiatric behavioral science. New York: William Wilkins, 1998: 516-572.
5. 林明珍：護理報告之撰寫與應用。台北，偉華，1999。
6. 盧美秀、鄭綺、林佳靜：羅氏適應模式理論。護理理論與應用，台北，偉華，1998：230-245。
7. 李引玉：當代精神衛生護理。台北，偉華，1999。
8. 關銳愷、謝瀛華、陳肇始：老年人常見的精神病及護理。老人醫療及護理實務，台北，桂冠，1997：205-221。
9. 陳玉敏：回憶療法於老年護理之運用。榮總護理1999；16：1-6。
10. 陳慧慈：老年人常見的精神病及護理。老人醫療及護理實務，台北，桂冠，1997：205-221。
11. Pollack LE: Inpatients with bipolar disorder: Their quest to understand. J Psychoso Nurs Ment Health Serv 1996; 34: 19-24.
12. 毛家齡：中年期。當代人類發展學，台北，匯華，1997：333-362。
13. 成和玲等：精神科個案護理。台北，偉華，1998。
14. Yalom ID: The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic, 1995.
15. 陳碧秋：護理人員運用行為修正原則於缺乏自我照顧能力之慢性精神病病人的護理經驗。榮總護理1993；10：393-394。
16. 高鳳蘭：躁症患者之護理。榮總護理2000；17：55-62。
17. 周幸生等譯：新臨床護理診斷。台北，華杏，1999。
18. 闕可欣、許玉雲、陳彰惠：運用King氏目標達成理論分析護病關係。榮總護理2000；17：23-32。
19. 洪昭安、林靜蘭、蕭淑貞：支持性團體於社區慢性精神分裂患者的應用。榮總護理2000；17：33-40。
20. 劉淑言、陳美碧、周桂如：一位慢性精神分裂症病患之護理經驗。榮總護理2000；17：47-55。

The Nursing Experience in an Elderly Patient with Bipolar Affective Disorder by Applying Roy's Adaptation Model

Pai-Ju Huang, Chao-An Hung

The purpose of this article is report on the application of Roy's adaptation model in the nursing care of a 64-year old, married female with bipolar affective disorder. Data were collected through observation and interview, and the patient's nursing care problems were assessed according to the physiological function, self-concept, role function, and interdependence. The results showed that the main nursing care problems of this patient to be sleep pattern distur-

bance, ineffective individual adaptation, constipation, knowledge deficit, and self-care deficit. The author helped the patient express feelings and promote abilities of adaptation by establishing a therapeutic relationship and applying Roy's adaptation model in order to help the patient reach higher quality of life. This article highlights the application of Roy's adaptation model in nursing practice, and also discusses the limitations of its application.

Key words : Roy's adaptation model, bipolar affective disorder