

# 照顧一位年輕女性罹患神經性厭食症 之護理經驗

胡睿宏 薛佩寧 趙家伶\*

## 摘 要

本文描述一位年輕女性罹患神經性厭食症之護理經驗。個案因患病導致營養嚴重失衡與身體外觀改變，以及親子溝通衝突，引發探討動機。照護期間自2024年3月6日至6月7日依五大面向整體性的功能評估，筆者藉由直接照顧、觀察、病歷查閱、會談等方法收集資料，確立有營養少於身體所需、身體心像紊亂及家庭因應失能之健康問題。筆者透過個別化計畫、體重監測及多專業合作，改善營養狀況；利用鏡像輔助與創作活動協助重建身體意象，促進自我認同；結合家庭功能評估量表(Family APGAR Index)評估、親子情緒練習、團體治療及行為修正，強化家庭支持。建議醫療團隊應定期追蹤並隨時調整照護策略，運用健康管理應用程式，促進自主管理與治療持續性。

(精神健康與社區精神醫學期刊 2026;2(1):51-61)

**關鍵詞：**年輕女性、神經性厭食症、營養少於身體所需、身體心像紊亂、家庭因應失能

## 前 言

神經性厭食症(Anorexia Nervosa, AN)是一種以自發性限制能量攝取造成明顯體重過低、強烈害怕體重增加，並伴隨體型或體重認知扭曲的精神疾患。<sup>[1]</sup>全球流行病學研究顯示，進食障礙自1990年至2021年間盛行率持續上升，好發於青春期末期至年輕成年期，以女性為主，尤以15-24歲女性為高風險族群，盛行率約1%至3%。患者常見完美主義、強迫性人格特質、過度自我要求與自我控制

傾向，以及低自尊等心理特質。此外，全國性研究指出，神經性厭食症患者的死亡率約為一般人口的5至10倍，主要死因包括心血管併發症與自殺。<sup>[2,3]</sup>長期營養不良與心理壓力易導致代謝與心血管疾病，嚴重影響生活品質，且疾病具高度慢性化與復發風險。<sup>[4-6]</sup>因此，治療上需結合醫療、心理與營養等多專業團隊之長期整合介入，協助恢復體重與健康飲食型態，並降低復發率。

義大醫療財團法人義大醫院護理部

\*通訊作者：趙家伶

接受日期：2026年1月12日

E-mail：a0915762818@gmail.com

編碼：JMHP-2025C-001

本文描述一位罹患神經性厭食症之年輕女性，照護期間發現個案因疾病導致嚴重營養失衡與體重下降，在面對鏡中自我影像時產生強烈負面情緒，以及家屬對病因、治療歷程不瞭解造成親子溝通衝突，引發探討動機。筆者期許透過跨專業合作與個別化照護計畫，協助建立正確飲食觀念與營養狀況，並藉由家庭介入與支持性治療修復親子溝通，重建正向自我認知。期盼透過此經驗分享，提供護理人員在照護神經性厭食症患者時之參考與啟發。

## 文獻查證

### 一、神經性厭食症簡介與治療

神經性厭食症是一種以自發性限制能量攝取造成明顯體重過低、強烈害怕體重增加，並伴隨體型或體重認知扭曲的精神疾患。<sup>[1]</sup>其成因涉及多重因素，包括遺傳、神經傳導物質功能失衡等生物學因素(例如血清素系統異常)、心理特質、家庭動力與社會文化對瘦身的價值觀等。<sup>[4,5]</sup>其診斷標準主要依照最新《精神疾病診斷與統計手冊》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, DSM-5-TR)。<sup>[1]</sup>根據其臨床診斷指引，當患者出現下列情況時需考慮住院治療，包括體重低於正常值85%，或身體質量指數(Body Mass Index, BMI)低於17.5kg/m<sup>2</sup>，或心率低於50次/分、血壓顯著下降、體溫低於35°C等生理不穩定之臨床表徵，並常伴隨對體重增加的強烈恐懼及身體意象扭曲等特徵。<sup>[6-8]</sup>臨床上可再細分為節制型(Restricting type)與嗜食/清除型(binge-eating/purging type)，節制型係指個案於最近三個月內沒有反覆的暴食或清除行為，體重下降主要透過嚴格節制熱量攝取、禁食或過度運動所致；嗜食/清除型則除限制飲食外，於最近三個月內出現反覆暴食，以及自我催吐或使用瀉藥、利尿劑等清除行為。<sup>[9]</sup>常見臨床特徵包括極端飲食限制、過度運動、社交

退縮等行為，長期下可能導致內分泌、骨骼及心血管系統功能受損，並顯著提高死亡風險。此外，神經性厭食症患者常合併重鬱症、焦慮症等精神共病(comorbidities)，其憂鬱與焦慮症狀屬共病表現，需在治療過程中一併評估與處理。<sup>[5,9]</sup>綜合國內外研究，神經性厭食症之治療與介入策略主要包括三個方向：(1)營養治療：以安全恢復體重及預防再餵食症候群為首要目標，逐步調整熱量攝取並監測電解質變化；(2)心理治療：以認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)與家庭治療(Family-based Treatment, FBT)為核心，協助修正扭曲思維與強化支持系統；(3)藥物治療：對合併憂鬱、焦慮或強迫症狀者，可依醫囑使用選擇性血清素再吸收抑制劑以穩定情緒。<sup>[5,6,10,11]</sup>在預後方面，研究指出神經性厭食症屬慢性且易復發之疾病，約有30%患者於三年內出現復發，部分個案需長期心理治療與家庭支持以維持穩定體重與正常飲食行為。<sup>[4,11,12]</sup>長期追蹤下，發現早期介入、良好家庭功能及持續心理治療與營養監測可顯著改善預後並降低再住院率。<sup>[5,11,12]</sup>

### 二、厭食症患者營養少於身體需求之照護

神經性厭食症患者多因長期限制飲食或清除行為導致營養不良，當出現急性營養不足、電解質嚴重異常或心律不整等臨床不穩定狀況時，常需住院治療以防生命危險。<sup>[6,7]</sup>除生理層面外，長期營養不足亦可能造成注意力下降、情緒不穩與焦慮增加，進而影響患者的治療依從性與復原動機。<sup>[4,13]</sup>因此，早期營養復原與跨專業醫療監測可有效預防併發症惡化。臨床上多運用營養不良通用篩檢工具(Malnutrition Universal Screening Tool, MUST)評估營養風險，總分≥2分即為高風險，需立即營養介入。<sup>[10]</sup>護理重點包含：提供均衡飲食並採少量多餐方式逐步增加熱量攝取；<sup>[13]</sup>營養諮詢與個別化飲食計畫，建立規律飲食習慣；<sup>[14]</sup>每日體重監測，設立獎勵機制以鼓勵依從性，目標每週增加體重0.5至1kg；<sup>[2,10]</sup>營造舒適、輕鬆愉快的進食環境，鼓勵家屬參與照護，避免命令式互動。<sup>[3]</sup>

### 三、厭食症患者身體心像紊亂之照護

神經性厭食症患者對體重與外貌有過度關注，常伴隨負向身體意象。<sup>[13]</sup>在臨床上，患者的自我價值感多高度依賴體重與對外貌評價，一旦體重稍有增加即出現焦慮與自我否定。<sup>[4,13,14]</sup>患者常出現認知扭曲，如「變胖就代表失敗」、「別人只在乎我的外表」等極端化信念，使其難以接受正常體重或外貌變化。<sup>[5,8,14]</sup>臨床觀察亦發現，部分患者反覆照鏡、測量體重或檢查身體局部，對外貌細微變化產生過度焦慮，顯示身體意象與自我概念之間的失衡。<sup>[13,14]</sup>實證文獻指出，針對身體心像的治療介入(如鏡像與身體曝露)可有效降低身體不滿與進食疾患相關症狀，並逐漸被納入臨床實務。<sup>[10,15]</sup>護理措施包含：主動陪伴並同理其感受，有效建立良好護病關係；正向回饋，協助患者表達自我感受以增強自信；透過鏡像輔助與藝術創作澄清自我認知；<sup>[15]</sup>正向回饋與支持性會談提升自尊；<sup>[16]</sup>澄清心理衝突，探索負面情緒，並引導發現自身優勢與價值；鼓勵參與團體活動或團體治療，提升自尊與歸屬感。<sup>[10,15]</sup>

### 四、厭食症患者家庭因應失能之照護

家庭因應失能意指照顧者未能有效支持患者健康需求，導致親職壓力與情緒失衡。<sup>[10]</sup>此類家庭常見過度保護與溝通不良等互動型態，不利於患者恢復。近年實證研究顯示，家庭治療是青少年與年輕族群神經性厭食症患者的首選介入之一，能顯著提升早期治療反應並降低復發率。<sup>[11]</sup>此外，系統性回顧亦支持家庭為核心的治療模式在改善體重、心理症狀及家庭功能方面具有明顯成效，顯示家庭參與有助於神經性厭食症患者的長期預後。<sup>[4,12]</sup>臨床運用家庭功能評估(Family APGAR Index)於適應(Adaptability)、合作(Partnership)、成長(Growth)、情感(Affection)與親密(Resolve)五個面向的功能情況，總分7至10分為正常，4至6分中度、0至3分為重度障礙，作為辨識家庭支持程度與介入依據。<sup>[17]</sup>

照護措施如下：運用Family APGAR Index評估持續觀察家庭互動並共同討論與反思；訂立家庭行為契約，以合理體重為目標強化合作與支持；<sup>[10,16,17]</sup>引導情緒表達與壓力調適，避免飲食控制成為溝通工具；強化家屬溝通技巧，並提供醫療與心理支持資源。<sup>[3,10]</sup>

## 護理評估

### 個案簡介

個案為24歲未婚女性，高中畢業後未就業，無宗教信仰，語言為國語，與案父母同住，案父為計程車司機，案母家管為主要照顧者。

### 過去病史

無家族精神疾病史。19歲出現食慾減退與體重下降，2023年11月至診斷為神經性厭食症。

### 入院經過

2024年3月6日因近期持續拒食，由案父母送至本院急診。經精神科醫師評估後，以強制住院方式收治於精神科病房。入院時身高162cm、體重38.8kg，外觀明顯消瘦。

### 護理評估

護理期間2024年03月06日至06月07日依整體性功能五大層面(生理、心理、心智、社會及靈性)進行評估，筆者藉由直接照顧、觀察、病歷查閱、會談等方法收集資料如下：

#### 一、生理層面評估

##### 1. 外觀

3月6日入院時外觀消瘦、雙頰凹陷、皮下脂肪與肌肉量皆明顯減少、頭頂有一個約2×3cm禿髮。嘴唇及指甲顏色為淡粉紅色，下眼瞼蒼白現象。

生命徵象正常，對話問答皆可切題回應。3月12日觀察個案大多臥床、閉目不語，將病前照片倒扣放在桌面或放在抽屜裡，刻意避免看見照片內容。

## 2. 健康狀況

個案入院時胸部X光及心電圖檢查結果正常。3月7日抽血檢驗異常報告測得飯前血糖69mg/dL、白蛋白3.7g/dL、血紅素11.8g/dL。

## 3. 睡眠

個案入院前夜眠可達8至12小時/天。入院後觀察個案白天精神狀況良好、無明顯精神倦怠表徵，平均夜眠約6至8小時/天。

## 4. 營養

住院前個案持續拒食已約2個月，每日僅以大量飲水維持飽足感，每日飲用4,000至5,000mL白開水。3月6日體重38.8kg，BMI：14.7kg/m<sup>2</sup>，屬體重過輕。3月7日營養師建議每日應攝取熱量1,700大卡以上；3月9日至4月1日每日僅攝取安素與燕麥奶約1,260大卡，偶爾進食少量水果與米粒，喜歡吃餅乾，平日飲水量約3,500mL。3月20日個案表示：「這樣的量就足夠了！」。3月10日至3月21日觀察偶有催吐與藏匿營養品行爲。4月1日依據MUST評估總分6分(屬高營養風險群)。

## 5. 排泄

入院前無排尿及排便障礙，排泄順暢。入院後一天解尿約8次，2至3小時解尿一次；解便約一天1至2次。

## 6. 活動與休閒

個案小時候喜歡畫畫跟製作小餅乾，長大後因課業變重鮮少娛樂。3月6日評估個案四肢肌肉力量爲4分，行走耐力低，步態顯出疲弱感，可獨立完成自我照顧。3月7日除了夜眠時間及職能活動外皆與案母在房內靜坐閱讀，當有人靠近時會低頭、拒絕與病友互動。

## 二、心理層面評估

入院時表情顯得焦慮不安、對外在環境顯被動退縮。3月6日治療性會談時，個案情緒激動表示：「我的身體狀況要吃多少，我很清楚！」，觀察個案常表達沮喪與自責，情緒容易受體重及飲食狀態影響；在壓力情境下傾向以退縮或否認，並展現壓抑與理智化等防衛機轉。3月8日評估憂鬱量表爲7分屬正常。

## 三、心智層面評估

個案意識清楚，思考內容多集中於體重與飲食相關議題。認知功能方面，能理解照護內容並做出適切回應，但思考模式偏向自我要求與控制，對體重與外貌的評價明顯偏差。定向感與記憶力表現良好，判斷與抽象思考雖能針對一般情境作出合理反應，但對自身營養與身體狀況的認知明顯偏差，雖已顯著消瘦仍堅稱體重正常，對身體虛弱缺乏自覺。個案對外界刺激反應低落，互動少，缺乏主動性與動機。病識感部分，個案僅具部分病識感，能理解住院目的爲改善營養與體重，但對心理成因與健康風險的認知有限。住院原因除體重過低與營養不良外，亦伴隨情緒低落與拒食行爲。雖仍對治療措施存疑，經說明後能配合治療。

## 四、社會層面評估

### 1. 自我概念

個案對自我價值與外貌連結高度緊密，對自我評價偏低，經常覺得「自己不夠好」，且在面對鏡子時表現出明顯的迴避行爲，3月6日個案表示：「每次照鏡子都覺得自己很像骷髏！」。對自我未來發展存有不確定感，對自身能力缺乏信心。

### 2. 角色功能

案父母工作忙碌，個案平時多獨自在家，生活可獨立自主，鮮少與家人互動。因健康惡化，住院後轉爲被照顧者角色，對此感到不適與抗拒，3月6日個案表示：「吃不吃東西我都不能做主嗎？」。在家庭決策中參與度低，主要聽從父母安排。

### 3. 人際關係

患病前個性外向、朋友多，現因身體狀況差，多在家休養，但會使用手機與朋友聊天互動。3月6日入院時填寫會客名單時個案拒絕朋友探視，個案表示：「我不要朋友來看我，他們會被嚇到！」。

### 4. 家庭結構

與雙親同住，屬核心家庭。案父工作忙碌，與個案日常互動少，案母為主要照顧者。與雙親同住，屬核心家庭。案父工作忙碌，與個案日常互動較少，案母為主要照顧者。3月6日家屬會談時，觀察案母與個案溝通多以命令與壓力式語氣表達，案母對個案說：「妳再這樣不吃，身體會垮掉，醫生說還要住更久，妳到底要我們擔心到什麼時候？」個案低頭沉默片刻，小聲回應：「我真的吃不下。」隨後案母轉向醫護人員表示：「我們已經花了這麼多醫療費用，也不知道她到底什麼病，只希望她趕快吃、趕快好！」談話內容多聚焦於體重、治療成效與住院時間，較少主動詢問個案的情緒感受或主觀需求。另觀察案母在病房陪同時，經常以「妳要聽話」「妳一定要吃完」等指令式語句提醒個案進食，肢體安撫與情感性回應較少。整體語言與非語言互動顯示，案母對病情控制及治療結果高度關注，卻不易以情感性支持方式回應個案，也透露其在照顧歷程中對病情及未來預後感到焦慮與無力。

### 5. 家庭評估

3月6日進行Family APGAR Index評估：(1)適應度：平時遇到問題時會先嘗試自行解決，若無法解決才會尋求案母的協助，得分1分；(2)合作度：家中決策多由案父主導，個案參與度低，0分；(3)成長度：平時有自主學習的習慣，會談中個案表示：「從小都要聽他們的，考不好，不順他們的意就是罵！」，1分；(4)情感度：個案表示：「平常怕被罵所以都不敢跟他們講話。」，1分；

(5)關注度：個案表示：「爸媽很少關注我的內心想法或其他需要。」，1分。評估結果總分4分，顯示家庭功能中度障礙。

## 五、靈性層面評估

### 1. 人生觀

對人生的態度是悲觀，雖有考獸醫的目標，但對實現抱持懷疑態度。

### 2. 宗教信仰

無特定宗教信仰，但會配合父母至宮廟祈福。

### 3. 自我超越與實現

對未來方向模糊，對改變持保留態度，未展現自我實現動機。

## 問題確立與護理計畫

經上述歸納有：1. 營養少於身體所需/與厭食症不正常的飲食觀念與型態有關；2. 身體心像紊亂/因疾病導致外觀改變與體重明顯下降有關；3. 家庭因應失能/與家族成員忽略個案感受並未充分發揮家庭支持功能有關等健康問題，擬定個別性護理計畫詳如表1-3。

## 討論與結論

本文描述一位神經性厭食症之年輕女性，照護期間評估其主要健康問題為營養少於身體所需、身體心像紊亂及家庭因應失能。筆者透過個別化計畫、體重監測及多專業合作，改善其營養狀況；利用鏡像輔助與創作活動協助重建身體意象，設計健康目標工作坊與「改變日記」，促進自我認同；結合Family APGAR Index評估、親子情緒練習與團體治療，搭配醫療教育及行為修正，強化支持功能，降低親子衝突，促使恢復健康。

表 1. 營養少於身體所需/與厭食症不正常的飲食觀念與型態有關(2024年3月6日至6月7日)

主 客 觀 資 料	<p>S1. 3月6日：「我的身體狀況要吃多少，我很清楚！」。</p> <p>S2. 3月20日：「這樣的量就足夠了！」。</p> <p>O1. 2023年11月診斷為神經性厭食症。</p> <p>O2. 3月6日體重 38.8kg，BMI：14.7kg/m<sup>2</sup>；外觀消瘦、雙頰凹陷、皮下脂肪與肌肉量皆明顯減少、頭頂有一個約 2×3cm 禿髮。</p> <p>O3. 3月7日抽血測得白蛋白 3.7g/dL、血紅素 11.8g/dL(偏低)。</p> <p>O4. 3月9日至4月1日每日僅攝取安素與燕麥奶約 1260 大卡。</p> <p>O5. 3月10日至3月21日觀察偶有催吐與藏匿營養品行為；MUST 評估總分 6 分(屬高營養風險群)。</p>
護 理 目 標	<p>6月7日前 MUST 評估總分由 6 分降至 3 分。</p> <p>6月7日前個案能主動表達對飲食與體重的感受，並能指出至少 2 項正向的身體變化。</p> <p>6月7日前個案能表達至少 2 項克服進食困難的策略，顯示其參與治療動機提升。</p>
護 理 措 施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建立護病關係與信任：透過每日主動傾聽個案對飲食及體重的想法，以同理與尊重態度回應，避免過度爭辯，逐步建立安全感與合作意願。</li> <li>2. 均衡飲食管理：(1)每週兩次與個案討論並安排規律進食時間，每日進食時提醒；下午 3 點統計全天攝取熱量。(2)一天分六餐，根據個人偏好調整菜單，提供水果或飲品加餐，減少腸胃不適。</li> <li>3. 營養諮詢與飲食計畫：(1)每日共讀食譜並設計個別化飲食計畫，紀錄飲食日誌。(2)每週與職能治療師合作烹飪，鼓勵進食自製食物。(3)與營養師合作解說各種營養素功效，強化個案對營養重要性的認知。</li> <li>4. 體重監測與正向支持：每日記錄體重，並以曲線圖視覺化呈現變化，定期與個案一同檢視進展；同時設計獎勵機制，依進食情況讓個案選擇喜愛食物，提升治療依從性。</li> <li>5. 營造舒適進食環境：協助營造輕鬆的進食環境，討論台灣美食並圖片觀看食物樣貌，鼓勵家屬參與進食互動，以正向互動代替命令式溝通。</li> <li>6. 行為管控：進食後 1 小時內避免如廁；沐浴由家屬陪同以防催吐，若有傾倒食物行為，則需額外補充安素 251 大卡；若持續拒食，則依醫囑實施鼻胃管灌食，並以堅定態度執行照護，避免與個案反覆爭辯。</li> <li>7. CBT 治療：(1)每日透過醫護團隊進行會談，討論進食感受並引導情緒表達，協助釐清對體重及外觀的扭曲認知。(2)以素描繪製健康與期望的自我形象，增強自我認同。</li> </ol>
護 理 評 值	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 4月2日至6月7日每日定時飲用 7 瓶安素，熱量穩定攝取達 1,764 大卡，基本營養需求達成。</li> <li>2. 5月1日至6月7日傾倒食物行為從每日 6 次降至 1 至 2 次，個案表示：「我現在盡量避免。」行為控制能力提升。</li> <li>3. 4月1日至6月7日每週體重增加 0.5 至 1kg，6月7日出院時體重達 42 kg，BMI 16.2 kg/m<sup>2</sup>，MUST 評估總分降至 3 分，營養風險明顯下降。</li> <li>4. 6月1日至6月7日會談時，個案能主動表達對飲食與體重的感受，表示：「以前看到體重增加會很緊張，現在知道是變健康，走路也比較有力氣。」並指出體力變好、不再容易頭暈及較能專注於日常活動等至少 2 項正向身體變化，符合護理目標。</li> <li>5. 6月7日前，個案在與護理人員討論時能說出「將三大餐改為一天六餐少量多餐」、「先從自己較能接受的食物開始吃」、「覺得壓力大時先緩慢深呼吸再繼續進食」等至少 2 項克服進食困難的策略，並表示願意於出院後持續實行，提升治療參與動機。</li> </ol> <p>後續追蹤：7月21日回診時個案心情愉快表示：「我想準備上大學，追逐夢想。」。</p>

表 2. 身體心像紊亂/因疾病導致外觀改變與體重明顯下降有關(2024年3月6日至6月7日)

主 客 觀 資 料	<p>S1. 3月6日：「我不要朋友來看我，他們會被嚇到！」；「每次照鏡子都覺得自己很像骷髏！」。</p> <p>O1. 3月6日拒絕朋友探視；外觀消瘦、雙頰凹陷、皮下脂肪與肌肉量皆明顯減少、頭頂有一個約2×3cm禿髮。</p> <p>O2. 3月7日當有人靠近時會低頭、拒絕與病友互動。</p> <p>O3. 3月12日大多臥床、閉目不語，將病前照片倒扣放在桌面或放在抽屜裡，刻意避免看見照片內容。</p>
護 理 目 標	<p>4月30日前能通過藝術創作或團體活動表達自我情緒。</p> <p>6月7日前至少說出3項對自身外貌的正面看法。</p> <p>6月7日前個案能清楚描述1-2項與外觀相關的心理衝突與負面情緒。</p>
護 理 措 施	<p>1. 心理支持與認知重建：(1)每日主動陪伴並同理個案想法，鼓勵表達內心感受，建立良好護病關係。(2)每週進行兩次個別會談，利用鏡子輔助，鼓勵個案描述對外觀的看法，並引導其說出正面評價。(3)鼓勵個案以素描創作自己的健康形象，共同討論理想的身體目標及實際執行動力。</p> <p>2. 團體支持與興趣培養：(1)每週安排一次團體活動，鼓勵個案參加有興趣的活動藝術創作(如：粉彩畫、素描等)、烘焙餅乾、製作手工皂等興趣活動，關注內在價值而非外貌。(2)設計健康目標工作坊，個案與團體成員共同制定實現健康外觀的具體步驟，增加達成目標動機。</p> <p>3. 視覺化改變與正向強化：(1)協助個案記錄住院期間的外觀和心理變化，透過「改變日記」追蹤進步，例如記錄從焦慮到自信的情緒轉變，並設立階段性獎勵機制。(2)利用個案喜愛的形象元素設計「自我欣賞板」，每天由個案填寫自己的一項進步或喜愛的外觀特點，增強自我價值。</p> <p>4. 情緒澄清與自我價值重建：(1)透過會談引導個案澄清內在的心理衝突，協助其探索因體重與外觀改變所產生的負面情緒。(2)協助個案辨識並發揮自身優勢，強化自我肯定感與價值感。(3)鼓勵個案參與團體治療，透過同儕支持增進自尊，並在分享與互動中獲得歸屬感，降低孤立感。</p>
護 理 評 值	<p>1. 4月10日個案完成首幅素描「理想的自己」並表示：「畫畫時感覺更有希望，我想成為畫中的樣子。」。</p> <p>2. 5月1日參加團體烘焙活動時愉悅表示：「上烘焙課很開心，會忘掉身材問題。」。</p> <p>3. 5月30日在鏡子輔助下，個案運用「自我欣賞板」記錄3項外貌優點，紀錄內容有：「眼睛很大」、「笑容溫暖」、「髮型適合臉型」。</p> <p>4. 6月5日個案能表示：「我討厭照鏡子，因為覺得自己很醜，但同時也希望恢復健康。」並微笑表示：「把這些說出來感覺比較輕鬆。」。</p> <p><b>後續追蹤</b>：7月21日回診時個案表示：「我用「改變日記」記錄可以回顧我現在變化，很開心。」。</p>

表 3. 家庭因應失能/與家族成員忽略個案感受並未充分發揮家庭支持功能有關(2024年3月6日至6月7日)

主客觀資料	<p>S1. 3月6日：「從小都要聽他們的，考不好，不順他們的意就是罵！」；「吃不東西我都不能做主嗎？」；「平常怕被罵所以都不敢跟他們講話。」；「爸媽很少關注我的內心想法或其他需要。」。</p> <p>S2. 3月6日家屬會談時，個案面對案母的質問，低頭沉默片刻後，小聲回應：「我真的吃不下。」。</p> <p>O1. 3月6日家屬會談時，觀察案母與個案溝通多以命令與壓力式語氣表達，對個案說：「妳再這樣不吃，身體會垮掉，醫生說還要住更久，妳到底要我們擔心到什麼時候？」。</p> <p>O2. 3月6日 Family APGAR Index 評估之總分 4 分，顯示家庭功能中度障礙。</p> <p>O3. 3月6日觀察個案表達沮喪與自責時，其原因多與體重控制失敗或被父母要求進食相關，顯示個案將飲食與自我價值高度連結，因而在衝突中出現焦慮與無助感。</p> <p>O4. 3月6日會談中案母轉向醫護人員表示：「我們已經花了這麼多醫療費用，也不知道她到底什麼病，只希望她趕快吃、趕快好！」談話重點多聚焦於體重、治療成效與住院時間，較少主動詢問個案的情緒感受或主觀需求。</p> <p>O5. 住院陪伴期間，觀察案母經常以「妳要聽話」「妳一定要吃完」等指令式語句提醒個案進食，肢體安撫與情感性回應較少。</p> <p>O6. 整體語言與非語言互動顯示，案母對病情控制及治療結果高度關注，溝通方式以要求與催促為主，較少提供情感支持，亦呈現對病情及未來預後的焦慮與無力感。</p>
護理目標	<p>5月25日前家庭之間有效互動應對策略至少兩種。</p> <p>5月30日前案父母於親子互動中運用至少2句支持性語言，讓個案正向回饋「感受到被理解」。</p> <p>6月7日前 Family APGAR Index 評估總分由4分上升至8分。</p>
護理措施	<p>1. 家庭功能評估與目標設定：(1)每週使用 Family APGAR Index 評估觀察家庭互動狀況，與個案及案母共同分析分數結果，確認家庭互動中的問題點（例如忽視情緒或過度保護）。(2)根據評估結果制定「家庭行為治療契約」，將每週增重 0.5kg 納入契約，並安排每兩週與護理師共同檢討進展。</p> <p>2. 情緒支持與溝通技巧訓練：(1)每日進行 15 分鐘的親子情緒練習，個案分享當天的情緒，案父母以正向語言回應，護理師即時觀察並提供回饋，鼓勵案母使用具支持性的語句：「你今天很棒！」。(2)每週安排親子互動活動，如共同繪製家庭成員間的互動，強調相互支持的重要性，並記錄個案和案父母的互動改善情況。</p> <p>3. 團體治療與興趣引導：(1)安排參加親子團體活動，讓個案和案父母共同學習健康飲食知識，並通過角色扮演練習有效的親子溝通方式。(2)鼓勵個案參與說故事活動，將自己的康復過程或家庭互動改變繪製成故事，並與團體成員分享，增強自信心與家庭支持意識。</p> <p>4. 提供醫療資訊與教育：(1)向案父母詳細解釋厭食症的成因與對身心的影響，並提供醫療與心理支持資訊。(2)協助案父母建立資源清單，包括門診服務、心理諮詢及社區支持團體，增強應對挑戰的能力。</p> <p>5. 探索問題根源與行為修正：(1)鼓勵個案通過繪畫或書寫表達對家庭互動的感受，護理師協助解讀其情緒，並引導其以健康方式應對負面情緒。(2)當個案表現出逃避或負面行為時(如拒絕進食或抗拒參與活動)，護理師與案母一同制定替代行為計畫，如完成一項親子活動，可替代傾倒食物的行為。</p>
護理評估	<p>1. 5月25日個案表示：「我現在跟爸媽吵架時會先深呼吸，或用寫字代替大聲爭吵。」案母回應：「我也會先問她的感受，再來討論要怎麼辦。」，觀察家庭已發展出兩種有效互動策略。</p> <p>2. 5月30日親子練習中，案母表示：「你很努力，這樣就很好。」案父補充：「不管妳怎樣，我們都陪會妳。」個案回應：「我覺得你們真的在聽我說話，感覺比較被理解了。」</p> <p>3. 6月7日全家依據「家庭行為治療契約」檢討進展，Family APGAR Index 評估總分為8分，評估家庭功能明顯改善。</p> <p>後續追蹤：7月21日回診時觀察親子間相處融洽，Family APGAR Index 評估總分為8分。</p>

筆者長期照護類似個案，發現住院期間皆可配合整體照護計畫，營養可逐步改善，但出院後仍可能對體重增加或飲食調整產生焦慮，使飲食計畫難以穩定執行，增加再住院風險。建議醫療團隊應定期追蹤隨時調整照護策略，設計趣味性的護理計畫外，亦可輔以健康管理應用程式，協助記錄飲食與體重監測，透過即時回饋提升自我效能與動機，減輕照護負擔，促進自我管理與治療的持續性並建立良好之健康生活型態。

護理人員於未來護理實務中應在初期即強化護病關係，透過傾聽與同理降低患者防衛心態並提升治療依從性；同時加強跨專業團隊合作，使飲食、心理與行為介入能同步進行；家庭介入應常態化，將家庭功能評估與親子溝通訓練納入常規護理，以協助照顧者理解疾病、減輕指責並轉化為支持力量；此外，可善用行動健康科技如飲食紀錄與體重監測應用程式，以促進患者自我監測與行為改變的持續性；最後，應在護理教育與訓練中納入進食障礙之案例演練，增進臨床護理人員在評估、心理支持及家庭介入等面向的專業能力，進一步提升整體照護品質。

## 利益衝突聲明 (Conflicts of Interest Statement)

作者群聲明無任何利益衝突。

## 參考文獻

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. text rev. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2022: 1-783. doi:10.1176/appi.books.9780890425787.
2. Lin BY, Moog D, Xie H, et al. Increasing prevalence of eating disorders in female adolescents compared with children and young adults: an analysis of real-time administrative data. *Gen Psychiatr* 2024;37:e101584. doi:10.1136/gpsych-2024-101584.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Our World in Data. Eating disorders prevalence. 2025 Jun 24. <https://ourworldindata.org/grapher/eating-disorders-prevalence>.
4. Naraindas AM, Cooney SM. Disturbances in body-based mental and motor imagery in anorexia and bulimia nervosa—a systematic review of experimental studies. *J Exp Psychopathol* 2025;16:1-17. doi:10.1177/20438087251314088.
5. Bryson C, Douglas D, Schmidt U. Established and emerging treatments for eating disorders. *Trends Mol Med* 2024;30: 392-402. doi:10.1016/j.molmed.2024.02.009.
6. Couturier J, Gayowsky A, Findlay S, et al. A retrospective cohort study examining health care utilization patterns in individuals diagnosed with an eating disorder in childhood and/or adolescence. *Int J Eat Disord* 2022;55:1316-30. doi:10.1002/eat.23789.
7. MSD Manuals. Anorexia nervosa. 2025 Jan. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/feeding-and-eating-disorders/anorexia-nervosa>.
8. Puckett L. Renal and electrolyte complications in eating disorders: a comprehensive review. *J Eat Disord* 2023;11: 26. doi:10.1186/s40337-023-00751-w.
9. Abber SR, Peterkin D, Brown CS, Joiner TE, Wierenga CE, Forrest LN. Empirically determining binge/purge frequency thresholds for differentiating anorexia nervosa-restricting subtype vs. binge-purge subtype. *Int J Eat Disord* 2025; 58:868-77. doi:10.1002/eat.24391
10. 邱念睦、楊晴惠、呂雀芬、廖珮君：精神科護理學。第11版。台北：高立圖書有限公司，2024：80-5。  
Chiu NM, Yang CH, Lu CF, Liao PJ. *Psychiatric Nursing*. 11th ed. Taipei: Gau Lih Book Co Ltd; 2024:80-5.

11. Theule J, Hogan E, Wiens R, Benedictson J, Penner-Goeke L. Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: a meta-analysis. *Aust N Z J Fam Ther* 2025;46:e70001. doi:10.1002/anzf.70001.
12. Bentz M, Pedersen SH, Moslet U, Petersen N, Pagsberg AK. Predictors of response to family-based treatment for anorexia nervosa in youth: insights from the VIBUS project. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2025. doi:10.1007/s00787-025-02766-x.
13. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med* 2020;81:1-8. doi:10.12968/hmed.2020.0099.
14. 陳宇平：心理師、輔導教師與同儕領導介入在女高中生飲食異常預防方案之應用。教育心理學報 2021；52：519-20。
15. Chen YP. Application of psychologist, counseling teacher, and peer leader interventions in an eating disorder prevention program for female high school students. *Bull Educ Psychol* 2021;52:519-20. doi:10.6251/BEP.202103\_52(3).0002.
15. Werthmann J, Naumann E, Vocks S, Svaldi J, Hartmann AS. A look in the mirror – body exposure in clinical practice. *J Eat Disord* 2025;13:69. doi:10.1186/s40337-025-01262-6.
16. Trably F, Gorwood P, Di Lodovico L. Art therapy in eating disorders: a systematic review of controlled trials. *J Psychopathol* 2024;30:178-86. doi:10.36148/2284-0249-N466.
17. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982;15:303-11.

## Nursing Experience in Caring for a Young Female Patient with Anorexia Nervosa

Rui-Hong Hu Pei-Ning Shiue Chia-Ling Chao\*

### ABSTRACT

This article presents the nursing care experience of a young woman diagnosed with anorexia nervosa. The patient's condition resulted in severe nutritional imbalance, altered body image, and parent-child communication conflicts, which motivated further clinical inquiry. During the care period from March 6 to June 7, 2024, a holistic assessment was conducted across five functional dimensions. Data were collected through direct care, observation, chart review, and therapeutic conversations. Three major health problems were identified: inadequate nutrition relative to bodily needs, disturbed body image, and impaired family coping. Individualized care planning, regular weight monitoring, and multidisciplinary collaboration were implemented to improve nutritional status. Mirror-assisted therapy and creative activities were introduced to facilitate body image reconstruction and foster self-identity. Family support was strengthened through the application of the Family APGAR Index, parent-child emotional exercises, group therapy, and behavioral modification. It is recommended that healthcare teams conduct regular follow-up and adjust care strategies as needed, integrating health management applications to promote self-management and continuity of treatment.

(J Ment Health Community Psychiatry 2026;2(1):51-61)

**Key words: Young Woman, Anorexia Nervosa, Nutritional Imbalance, Body Image Disturbance, Impaired Family Coping**

---

Department of Nursing, E-Da Hospital, Taiwan (R.O.C.)

\*Corresponding author: Chia-Ling Chao, E-mail: a0915762818@gmail.com, Accepted: Jan. 12, 2026. Code: JMHCP-2025C-001

