

照護一位缺乏病識感的思覺失調症病人之護理經驗

何芳慈、陳靜芳、陳昱芬

臺中榮民總醫院 護理部

摘要

本篇個案為缺乏病識感、未規則服藥的思覺失調症病人，曾於2010年7月4日因課業壓力大，出現疑似精神症狀（聽幻覺、身體被控制），入院服藥一次，家屬無法接受個案罹患「精神病」，當天即辦理出院手續。此次家屬發現個案出現失眠、言談與現實不符，雖於門診追蹤，但返家後未規則服藥導致行為更紊亂而住院。照護期間為2015年01月06日至2015年02月03日，藉由實際觀察、會談、病歷回溯及運用五層面整體性護理評估的方式收集資料，發現個案健康問題有睡眠型態紊亂、焦慮、思想過程改變、社交互動障礙，知識缺失：疾病、居家照護等問題。透過與個案建立治療性人際關係，利用視覺焦慮自評量表（VAS）評估焦慮指數，培養覺察自身問題的能力，共同討論有效緩解焦慮方法，如：轉移、唱歌，鼓勵於焦慮當下實際運用；引導於團體活動時覺察自己人際互動狀況，反覆練習社交技巧，改善社交互動障礙；利用此時此刻溝通技巧，討論真實人事物，加強現實感及病識感，安排家屬座談會，使家屬共同參與照護計畫。針對照顧此類個案護理，建議透過了解並同理個案與家屬治療態度，澄清對疾病與服藥的烙印，建立病識感及強化規則服藥動機，避免再次發病及功能退化。

關鍵詞：思覺失調症、病識感、遵從服藥行為

通訊作者：陳昱芬
通訊地址：臺中市西屯區福瑞街138巷19號
E-mail：yfchen@vghc.gov.tw
電話：0920-669632

前言

根據2011年全民健康保險醫療統計年報顯示，台灣有113,183人診斷為思覺失調症（更名前中文：精神分裂症；Schizophrenia）；其盛行率為1%[1]。研究結果指出超過一半以上的病人缺乏或僅具部分病識感[2]，缺乏病識感會對疾病及服用藥物有錯誤認知，延誤治療時機，導致病程慢性化，影響自我照顧能力、與社會疏離，不僅使自我生產力降低或消失，也使照顧者負擔加重，影響家庭功能運作，疾病反覆發及再住院，浪費社會資源[2,3]。

個案於2010年7月4日因課業壓力大，出現身體被控制妄想、疑似聽幻覺而住院，當時診斷為：Schizophreniform（更名前中文：類精神分裂症）入院服藥一次後，家屬無法接受個案罹患「精神分裂症」，當天下午辦理出院手續。此次入院時，家屬表示個案近期對任何事物缺乏動機、興趣，言談寡言、沉默，反應慢，在學校安排的飯店實習工作表現常恍神、失眠、無法繼續實習。住院治療十天後，言談從片斷轉變為誇大（認為自己很偉大、工作能力很好、是校園風雲人物）。種種症狀下個案無法查覺自己功能下降、想法與現實脫節、人際互動不恰當等，引發筆者照護動機，透過建立治療性關係，運用會談瞭解社交互動之困難點；引導參與團體治療讓其自我覺察功能退化；利用此時此刻溝通技巧，討論真實人事物，加強現實感。

文獻探討

一、思覺失調症

在精神疾病診斷第五版準則手冊中思覺失調症狀包含：妄想、幻覺、胡言亂語（離題或前後不連貫）、混亂、負性症狀（情感表達減少或動機降低），其症狀因

擾會使主要領域功能明顯降低，發作時間越早越容易影響人際關係、學業或工作及自我照顧能力[4]。臨床治療主要分成藥物治療及非藥物治療，藥物治療主要是以抗精神病藥為主，約70%~80%首次發病的病人，藥物治療可明顯使症狀緩解，長期且維持用藥可減少疾病反覆復發及病情退化[5]。除了藥物治療，非藥物治療中，心理層次的介入也被視為有效的方法，包含社交技巧訓練、認知訓練、個案管理模式及團體治療、職業功能訓練等，可有效改善病人的情緒、人際互動及社會適應[5,6]。

二、運用團體治療提升社交技巧

團體是縮小的社會，在團體治療中的表現會與在社會中表現相似，藉由邀請病人參與團體活動，示範及模仿社交技巧，強調反覆練習、將過程融入日常生活，成為生活的一部分，活動過程中從病人的主動性、音量、表情、姿勢、眼神接觸、反應時間及表達內容，看出其社交技巧以及自身與團體連結的方式，讓其自我覺察問題或不適切的人際行為[7]。聚焦於此時此刻的團體治療過程，鼓勵彼此分享，互相傾聽、瞭解、接納並獲得他人對自己的看法，也可以在團體中直接澄清彼此的感受，連結成員間的相似性，減少孤獨感，達到協助他人，治療過程反覆的給予鼓勵、支持，肯定自我價值，經由整體性回饋，讓病人能繼續自我探索[8]。

三、增加病識感改善服藥遵從行為

藥物治療為精神科重要的醫療處置，病人常因病識感不足、疾病觀感不佳、對藥物治療成效、處方複雜度、副作用以及家屬態度影響導致未規則服藥而影響治療的結果[9]。建立良好、信任的治療性關係，評估個案及家屬對疾病看法，利用家屬座談會了解家庭的需求與疑問，針對思覺失調症給予疾病衛教：病因、症狀、治療方式及預後，討論精神藥物正面及負面影響，強調按時服藥及返診對疾病穩定的重要性，增進對疾病了解程度，與主要照顧者及個案共同擬訂個人化目標[10]。建立規則服藥習慣與方法，教導正確服藥觀念，引導看出服藥前後症狀改善情形，增加服藥遵從性，可顯著改善症狀嚴重度、避免再發病、提高社交互動能力，進而邁向復元[3,11]。

護理評估

病人簡介與病史

陳小姐，23歲，未婚，大學肄業，2015年01月06日

入院，診斷：思覺失調症，無家族精神病史。自然產，生長發展正常、個性內向。在家排行最小，有一位哥哥。國小、國中成績普通，國中畢業時，登記分發念分數較低私立高職，在班上成績名列前茅，高職畢業時因指考400多分，未達自我理想成績疑似有精神症狀（聽幻覺、身體被控制妄想），2010年7月4日曾住院一天，當天辦理自動出院手續。

一、生理層面

1/6身高147公分、體重50公斤，BMI：23.14kg/m²，屬正常範圍，衣著未修飾，頭皮屑多，無法自行清潔及盥洗，1/6-1/10對問答無法回應，緊張、不安，左右踏步。1/6~1/7夜眠時數為2-4小時，白天無打瞌睡情形，1/8開始服用Estazolam 2mg 1 tab HS PO，1/8至2/3睡眠可達8小時。有睡眠型態改變/與心理因素相關的健康問題。每日飲食狀況及排泄正常，能依指令維持基本生理自我照顧。心電圖及胸部X光皆正常。1/13「我之前聽音樂、唱歌，會讓心情放鬆」，人際互動被動、態度防衛，多獨自一人活動。1/14開始個人衛生可自理，衣著整齊。1/18父：「回家還不錯，有進步，沒那麼緊張了」辦理第一次院外適應治療，父母親表示滿意。1/19開始參加職能治療（Occupational therapy；OT）「我今天下午第一次下去OT，下去不會害怕，我覺得不錯，我有做手鍊要送給我哥哥，我明天還可以再下去嗎？」。

二、情緒層面

1/6「我…嗯…」入院時眼神游移，情緒焦慮不安，左右踏步，嘴唇震顫，思考緩慢、停頓，坐立難安、人際互動疏離、言談速度緩慢。1/10給予視覺焦慮自評量表（VAS）（0-10公分，0公分為完全不焦慮，10公分為自覺非常焦慮）評估焦慮指數。1/10-1/12焦慮指數為7.8-6.4分。有焦慮/與環境改變、社交能力退縮及心理壓力相關健康問題。

三、智能層面

（一）知覺與思考

在思考過程方面，1/6「我害怕…那是…嗯…」言談斷續，無法切題回應。1/10母親發現個案午休有自笑情形，1/11「嗯…我…不知道，我以前是學校風雲人物，因為我有…」多提及過去回憶，內容誇大，會談時常中斷、離題，澄清時會轉移焦點或問題。1/16「我在飯店很厲害，我可以自己一個人鋪床，整理房務，15分鐘內就可以搞定，別人要兩個一組，我都自己」會談內容誇大不實，1/18母親「我就是收到飯店通知說，她

不適合再去實習，才發現有點不對勁」。1/19「我不記得在笑什麼，可能想到什麼好笑的事」針對自笑問題無法說出是否為聽幻覺干擾，照護期間未觀察明顯症狀（自言自語、自笑），其他嗅覺、視覺、味覺、觸覺能正確分辨。會談時發現個案對自我表現誇大，言談容易離題，無法正確回答問題，缺乏現實感。有思考過程改變/與缺乏現實感相關的健康問題。

（二）認知方面

在判斷力、定向感、計算能力方面：1/9 MMSE：11分，言談中斷，句子無法完整表達，經常選擇沉默回應。1/11 MMSE：16分，說話易離題、重複敘述自身關切或沉浸在過去回憶。1/20 MMSE：30分，言談切題回應、順暢，反應正常，其他在定向感、記憶力、計算能力、抽象思考能力正常。

（三）病識感方面

在病識感部分，1/13「我吃這麼多藥，會對身體不好」於住院期間多次口頭拒藥（Seroquel）的情形。1/18母親「她為什麼會生這種病，剛開始我們不能接受，所以第一次來住院下午就帶她出院了，我們會幫她藏藥，怕大家覺得她是『神經病』。」1/19「我是『精神分裂症』，我知道我自己會有雙極性情緒變化，所以我住院是因為我會焦慮。」個案及家屬對疾病及藥物治療有錯誤認知，如：藥物副作用、疾病名稱及烙印的顧忌等，難以澄清。有知識缺失/與無病識感及藥物認知錯誤相關的健康問題。

四、社會層面

（一）自我概念：個案多呈現誇大想法，1/15「我高中的時候參加學生會，文書、財經長都是我」，1/17「我被同學欺負過，可能是我太軟弱」，表示念高職時曾被同儕欺負，後因成績在班上名列前茅，開始有自信可以表達自己的想法。

（二）人際關係：1/6邀請下被動參加團體活動，過程

中態度疏離、退縮，無法與人交談、眼神無接觸，反應時間過長，表情呆滯。1/6-1/10大多獨自在房內活動。1/11「我不知道該怎麼跟別人相處」，對於人際互動感到緊張、不安。1/14「我朋友很多，他們都很關心我」，住院期間未見個案同學、同事探視。有社交互動障礙/缺乏人際互動知識與技巧相關的健康問題。

（三）角色功能：對自己扮演女兒、妹妹、實習學生的角色滿意，自覺表現良好，什麼事都會做，都可獨立完成。1/12觀察到與父母相處時，大部分遵從指令，少表達自我想法。1/18母親「她算乖，還沒生病的時候都會在家裡幫忙打掃、切水果給我們吃、做家事」，同日表示收到飯店通知個案無法繼續實習，學生角色功能退化。1/26與哥哥相處融洽，會向哥哥傾訴。對於病人角色，個案不認為自己生病。

五、靈性層面

個案平時會到寺廟拿香拜拜，沒有特定佛教或道教限制，1/18母親「之前不知道她是生這種病，會帶她去外面的道館給『師兄』收驚」，住院期間與基督教病友接觸，1/20「她教我念聖經，我覺得很好，禱告可以讓我心情平靜」，1/26哥哥鼓勵可藉由信仰改善焦慮，與牧師及教友陪同個案禱告，但無受洗打算。目前對人生的看法是要多幫助別人，表示這是人生最有價值的事。1/24觀察到可攙扶年邁病友行走、幫忙手部活動較弱病友削水果。

問題確立

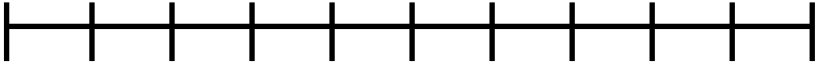
透過整體性護理評估的結果，確立個案主要護理問題有：睡眠型態紊亂、焦慮、思想過程改變、社交互動障礙、知識缺失：疾病、居家照護等問題。礙於篇幅限制，睡眠型態紊亂，經藥物及衛教指導皆有獲得改善，故無呈現此篇。

護理過程

護理問題一：焦慮/與環境改變、社交能力退縮及心理壓力有關（104/1/6-1/26）

主觀資料	1/6「我害怕…那是…嗯…」。 1/11「我不知道該怎麼跟別人相處…」。 1/12「我不是病人，我第一次住院，很害怕」。 1/13「我之前聽音樂、唱歌，會讓心情放鬆」。 1/18父：「回家還不錯，有進步，沒那麼緊張了」。
------	--

護理問題一：焦慮/與環境改變、社交能力退縮及心理壓力有關（104/1/6-1/26）（續）

客觀資料	<p>1/6-1/10 情緒焦慮不安，左右踏步，嘴唇震顫，眼神漂移，思考緩慢、停頓，坐立難安、字句無法表達完整。</p> <p>0分 10分</p>  <p>（每次繪製標準 10 公分線圖，給予繪製焦慮程度，0 公分完全不焦慮，10 公分自覺非常焦慮）</p> <p>表一 護理措施前焦慮指數</p> <table border="1" data-bbox="276 645 1417 750"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>1/10</th> <th>1/11</th> <th>1/12</th> <th>1/13</th> <th>1/14</th> <th>1/15</th> <th>1/16</th> <th>1/18</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>焦慮指數</td> <td>7.8分</td> <td>6.8分</td> <td>6.4分</td> <td>5.8分</td> <td>4.4分</td> <td>4.9分</td> <td>3.6分</td> <td>1.9分</td> </tr> </tbody> </table>	日期	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/18	焦慮指數	7.8分	6.8分	6.4分	5.8分	4.4分	4.9分	3.6分	1.9分												
日期	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/18																							
焦慮指數	7.8分	6.8分	6.4分	5.8分	4.4分	4.9分	3.6分	1.9分																							
護理目標	<p>1/12 說出焦慮感受。</p> <p>1/16 能了解自己焦慮原因。</p> <p>1/19 能說出緩解焦慮的方法三項。</p> <p>1/26 焦慮指數低於三分。</p>																														
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.1/6-1/10 主動關心，自我介紹，建立治療性人際關係。 2.1/6-1/10 陪同環境介紹與認識，說明病房常規與作息，反覆提供協助意願，給予環境安全再保證，減少因陌生環境產生的焦慮。 3.每天約定時間共同會談，會談時，給予時間反應、不催促，鼓勵表達內心感受，採尊重的態度傾聽，了解焦慮原因。 4.1/10-1/21 給予視覺焦慮自評量表（VAS；0-10 公分，0 公分為完全不焦慮，10 公分為自覺非常焦慮）評估焦慮指數，自我覺察焦慮變化。 5.1/11-1/13 給予時間獨處，提供緩解焦慮方法：靜態 - 看書，提供畫筆、空白紙書寫、圖畫；動態 - 陪伴於大廳走動、參與病室活動：健康操、看電視及提供收音機聽音樂。 6.1/16 引導反思何種情境或狀況引發焦慮不安的感受，引導思考何種活動能降低焦慮感受。 7.1/16-1/21 共同檢視有效緩解焦慮技巧，並鼓勵運用。 																														
護理評估	<p>1/10 能使用視覺焦慮自評量表，自我發覺焦慮感受及變化。</p> <p>1/11 「認識環境之後…有好一點」，針對環境焦慮指數從 7.7 分降為 3.4 分。</p> <p>1/12 能說出自己的焦慮為害怕住院、環境不適應以及擔心人際互動。</p> <p>1/17 能分享使用唱歌、找工作人員會談等技巧緩解焦慮。</p> <p>1/19 能說出焦慮緩解方法：參加病室或團體活動，與病友坐一起吃飯、聊天，看書。</p> <p>1/21 自我評估焦慮改善，主動參與病室活動，焦慮指數為 0 分。</p> <p>1/26 能說出在住院期間焦慮當下最有效緩解方法為自我轉移注意力，如：唱歌、參加病室活動。</p> <p>表二 護理措施後焦慮指數</p> <table border="1" data-bbox="276 1899 1428 2067"> <thead> <tr> <th>日期 / 措施</th> <th>1/10</th> <th>1/11</th> <th>1/12</th> <th>1/13</th> <th>1/14</th> <th>1/15</th> <th>1/16</th> <th>1/18</th> <th>1/21</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>母親 陪伴</td> <td>給予時 間獨處</td> <td>看書</td> <td>聽音樂</td> <td>參與卡 拉 OK</td> <td>參與學 生團體</td> <td>陪伴 走動</td> <td>會談</td> <td>綜合 評估</td> </tr> <tr> <td>焦慮指數</td> <td>6.0分</td> <td>5.8分</td> <td>5.7分</td> <td>3.8分</td> <td>2.7分</td> <td>2.0分</td> <td>2.2分</td> <td>1.5分</td> <td>0分</td> </tr> </tbody> </table>	日期 / 措施	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/18	1/21		母親 陪伴	給予時 間獨處	看書	聽音樂	參與卡 拉 OK	參與學 生團體	陪伴 走動	會談	綜合 評估	焦慮指數	6.0分	5.8分	5.7分	3.8分	2.7分	2.0分	2.2分	1.5分	0分
日期 / 措施	1/10	1/11	1/12	1/13	1/14	1/15	1/16	1/18	1/21																						
	母親 陪伴	給予時 間獨處	看書	聽音樂	參與卡 拉 OK	參與學 生團體	陪伴 走動	會談	綜合 評估																						
焦慮指數	6.0分	5.8分	5.7分	3.8分	2.7分	2.0分	2.2分	1.5分	0分																						

護理問題二：思想過程改變/與缺乏現實感有關（104/1/6-1/26）

主觀資料	<p>1/11 「嗯…我…不知道，我以前是學校風雲人物，因為我有…」。</p> <p>1/15 「我高中的時候參加學生會，文書、財經長都是我…」。</p> <p>1/16 「我在飯店很厲害，我可以自己一個人鋪床，整理房務，15 分鐘內就可以搞定，別人都要兩個一組，我都自己…」。</p> <p>1/18 母親「我就是收到飯店通知說，她不適合再去實習，才發現有點不對勁」。</p>
客觀資料	<p>1/6-1/10 無法具體回答問題，說話速度慢、思考過程中斷。</p> <p>1/11 會談時常中斷、離題。</p> <p>1/16 言談易離題，滔滔不絕，話題繞圈、重複。</p>
護理目標	<p>1/13 引導下言談內容能具體表達。</p> <p>1/19 言談能聚焦當下話題。</p> <p>1/26 言談邏輯能被接受且符合現實。</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.1/6-1/11 陪伴在旁，每日約定時間，每次 20-30 分鐘與全責護理師共同會談。 2.每次會談時，引導說出目前想法與感受，給予時間反應、不催促，採尊重的態度傾聽。 3.1/10 使用肯定語氣及開放性問句鼓勵表達，“妳可以的，說說看妳的看法” 4.1/11 對表達內容不清楚時，適時澄清語意“妳想說的是？、妳指的是？” 5.1/6-1/11 每次會談後給予統整回饋及心理支持，鼓勵行為持續。 6.1/11-1/19 一次訂定一個會談主題並寫在紙上，於會談離題時引導拉回主要主題，利用紙上筆記及「此時此刻」概念，引導思考“現在我們是在說…”將問題聚焦。 7.1/11 適時指出觀察到的事實：言談滔滔不絕無法中斷、無法正確回答問題，話題繞圈、重複，與現實不符，引導自我覺察。 8.1/18-1/21 談論現實生活中真實人事物，引導說出現實生活遇到的困境，傾聽內心感受，同理、共同討論可實踐之解決方法，反覆訓練，加強現實感。
護理評估	<p>1/11 引導下能被動表達內心感受，但內容多述說過去求學時期，言談片段、內容誇大，澄清時會轉移焦點或問題。</p> <p>1/13 「我很厲害，一個人可以做十個人的工作。」引導下言談能具體表達但內容誇大。</p> <p>1/18 「對，我會想起以前的事情，然後就說出來了」，可自我覺察言談離題的事實。</p> <p>1/21 「妳教我想一想再說話，我現在覺得好多了，我應該先休學，好好調養我的身體，然後在去上學，完成學業，剛好快過年了。」</p> <p>1/21-26 會談過程皆能正確回答問題且符合現實及邏輯。</p>

護理問題三：社交互動障礙/與缺乏人際互動技巧有關（104/1/6-2/3）

主觀資料	<p>1/11「我不知道該怎麼跟別人相處」。</p> <p>1/14「我朋友很多，他們都很關心我」。</p> <p>1/19 開始參加職能治療「我今天下午第一次下去 OT，下去不會害怕，我覺得不錯，我有做手鍊要送給我哥哥，我明天還可以再下去嗎？」。</p>
客觀資料	<p>1/6-1/10 被動參加團體活動，態度疏離、退縮，無法與人交談、眼神無接觸，反應時間過長，表情呆滯。大多獨自在房內活動。</p> <p>1/6-2/3 未見個案同學、實習飯店的同事探視。</p>
護理目標	<p>1/13 引導下可參與團體活動。</p> <p>1/17 說出人際互動感受。</p> <p>1/19 能運用基本人際互動技巧，與 2-4 位病友互動。</p> <p>1/28 能運用會談及傾聽技巧，與病友談話，每次 10 分鐘以上。</p>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1.1/6-1/20 引導並邀請個案參與團體活動，從活動過程中依據個案的主動性、音量、表情、姿勢、眼神接觸、反應時間及表達內容，觀察其社交技巧。 2.1/6-1/20 團體進行時，經示範及模仿社交技巧，反覆練習，讓個案在日常生活中能合宜運用社交技巧。 3.1/6-1/20 透過團體活動，引導個案自我覺察不適切的人際行為：迴避注視、語意貧乏、姿態僵硬、易跳題。 4.1/6-1/20 團體活動中，將話題聚焦於當下，運用“此時此刻”的概念，鼓勵彼此分享、適時澄清感受，相互傾聽，了解、接受他人對自我的看法。 5.1/6-1/20 每次團體活動結束時，陪伴會談，每次 30 分鐘，引導說出團體過程感受，反覆的給予鼓勵、支持，肯定自我價值，指出進步之處：人際互動（被動→主動）。經由整體性回饋，讓個案能繼續自我探索。 6.1/14-1/19 觀察平日在病房與病友互動情形，共同討論互動過程中有無困難之處。 7.引導個案對自己有正向的認識，肯定其有改變的能力，建立信心。 8.1/17 陪伴、介紹病友認識，教導基本人際互動技巧：打招呼、簡單自我介紹並示範，鼓勵回覆視教。 9.1/17 說明傾聽技巧及態度：包含眼神接觸、臉部表情。 10.1/17 教導如何接受正確訊息，如：鼓勵對方繼續說下去，可用「嗯、點頭」回應，不了解其內容時，可適時澄清。 11.1/19 與醫療團隊討論，轉介職能治療，促進人際互動，觀察社交技巧及活動情形。 12.1/20 教導個案及家屬，觀察發病先兆：人際互動退縮，如：將自己關在房間；社交技巧缺乏，如：肢體僵硬、眼神漠視、面無表情。
護理評估	<p>1/6 引導下被動參與團體活動，無人際互動，缺乏社交技巧。</p> <p>1/12「好像…還不錯」引導下被動說出參加團體活動的感受。</p> <p>1/14 可主動參與團體活動，人際互動合宜，社交技巧明顯進步。</p> <p>1/17「我喜歡認識朋友，我覺得這邊的人都很友善，會跟我說哪邊要改進。」能說出人際互動感受。</p> <p>1/19 職能治療師回饋活動過程：「還不錯，會幫助別人。」</p>

護理問題三：社交互動障礙/與缺乏人際互動技巧有關（104/1/6-2/3）（續）

表三 團體活動與社交技巧表現						
日期 / 團體活動	1/6	1/9	1/12	1/14	1/16	1/20
社交技巧	學生團體 - 禮貌	學生團體 - 傾聽	學生團體 - 專注力、如何說不	娛樂團體 - 卡拉 OK	學生團體 - 感恩活動	生活討論會
主動性	被動	被動	被動	主動	主動	主動
音量	不語	不語	尚可	合宜	合宜	合宜
表情	面無表情	面無表情	平淡	自然有笑容	自然	自然
姿勢	僵硬	僵硬	自然	舞動	自然	能舉手發言
眼神接觸	眼神游移無注視	眼神游移無注視	有	有	有	有
反應時間	緩慢	緩慢	合宜	合宜	合宜	合宜
表達內容	無	無	少發言	適切	適切	適切

1/24 能與 2 位病友互動合宜，觀察到可攙扶年邁病友行走、幫忙手部活動較弱病友削水果。
1/27 能跟 2 位年紀相仿的病友有意義的談話，持續 30 分鐘以上。
2/3 父母能說出發病先兆：態度冷淡、不語、退縮。

護理問題四：知識不足/與無病識感及藥物認知錯誤相關（104/1/6-2/3）

主觀資料	1/6 母訴：藥是 1-2 個禮拜前才開始吃，狀況還是差不多。 1/7 「爸爸…媽媽…會幫我藏藥」。 1/13 「我吃這麼多藥，會對身體不好，會影響我的身體…」。 1/18 母親「她為什麼會生這種病，剛開始我們不能接受，所以第一次來住院下午就帶她出院了，我們會幫她藏藥，怕大家覺得她是『神經病』」。 1/19 「我是『精神分裂症』，我知道我自己會有雙極性情緒變化，所以我住院是因為我會焦慮」。
客觀資料	1/6-1/7 入院當天母親表示個案在家未規則服藥，個案可說出其原因。 1/6-1/12 服藥時，需多次叫喚，服藥拖延、多抱怨，過度擔心藥物副作用。
護理目標	1/13 能配合每天的服藥治療。 1/20 能對正確說出疾病診斷及正確分辨目前服藥之藥物外觀、作用、副作用。 2/3 能正確說出返家後如何規則服藥的方法以及忘記服藥的處理。
護理措施	1. 與家屬及個案建立信任治療性人際關係，持續提供照護。 2. 1/6-2/3 反覆衛教 200mg Seroquel XR、Lexotan tab 1.5mg 及 Estazolam tab 2mg 的顏色、形狀、劑量、時間及其作用，以溫和堅定的口吻說明服藥的重要性，交班予三班確實執行給藥，監測藥物效果，對於配合服藥給予肯定。 3. 1/11-1/13 引導說出服藥感受，傾聽，同理其生病的經驗。 4. 1/13 提出所觀察到之症狀，提供現實，加強病識感，引導比較服藥前後症狀改善情形。 5. 1/6-2/3 反覆衛教正確服藥觀念，如：按照醫師指示服藥及服藥後感覺不適，可與醫師討論用藥，不隨便增加藥物劑量或停止服藥。 6. 1/16-1/20 評估主要照顧者（母親）及個案對疾病了解程度，澄清個案及家屬對疾病治療態度，並了解其最想獲得的資訊。

護理問題四：知識不足/與無病識感及藥物認知錯誤相關（104/1/6-2/3）（續）

護理措施	<p>7.1/18 辦理院外適應治療時，協助備妥 1300、1700 藥物攜出，了解返家服藥狀況。</p> <p>8.1/20 給予思覺失調症疾病衛教單張，澄清並說明思覺失調症的病因、症狀、治療方式及預後。</p> <p>9.1/24 將個案及家屬對疾病看法，與醫療團隊討論，邀請母親參加家屬座談會，針對思覺失調症給予疾病衛教：病因、症狀、治療方式及預後，討論精神藥物正面及負面影響，強調按時服藥及返診對疾病穩定的重要性，增進對疾病了解程度，與主要照顧者及個案共同擬訂個人化目標。協助母親、個案解決服藥所面臨的個別性困擾問題（如：副作用、烙印的顧忌）。</p> <p>10.1/30-2/3 建立規則服藥習慣與方法，教導可使用藥盒方式，讓個案自行按藥袋標示排入藥物並按時服用，說明若忘記服藥應立即補服，每餐藥物需間隔 2 小時。</p> <p>11.2/3 共同檢視疾病歷程，統整並說明發病先兆：失眠、言談紊亂、人際互動疏離、自我照顧能力退化等。</p> <p>12.說明出院後持續電話訪問追蹤出院衛教指導：發病先兆、服藥情形、緊急返診狀況、社交能力。</p>
護理評估	<p>1/13-2/3 可主動排隊配合吞服藥物及口腔檢查。</p> <p>1/16 缺乏病識感，對自我疾病認知有錯誤觀念：認為自己診斷是帕金森氏症。</p> <p>1/18 母訴：回家後自己記得吃 1300 及 1700 的藥物，還告訴我們要一顆一顆吃，說要按時服藥，院外適應治療後服藥可主動排隊服藥及檢查口腔。</p> <p>1/20 「我覺得吃藥慢慢讓自己恢復記憶，我是思覺失調症，跟帕金森氏症不一樣」可正確分辨目前服用藥物及說出作用，對於進步之處的正向回饋，態度滿意可接受。</p> <p>2/3 母訴「以前我們都錯了，以為『精神分裂症』就是神經病，無藥可醫，看她這次吃藥之後能恢復，回去我們會看著她按時吃藥」</p> <p>2/3 「我應該會像之前一樣用小藥袋裝，放在包包裡，藥袋上面都有寫吃藥的時間，我會記得吃」能說出出院後按時服藥方法。</p> <p>2/3 家屬及個案可說出出院衛教 - 緊急返診狀況：失眠、社交或自我照顧能力退化。</p>

討論與結論

本文陳述一位思覺失調症因未規則服藥導致功能退化、社交障礙、無法察覺自己問題且不能繼續完成學業及與人適當的互動。筆者藉由建立治療性關係，再以五層面整體性評估確立個案問題，針對問題給予個案個別性、連續性、可接受的護理措施。在焦慮及社交互動障礙方面，運用會談及視覺焦慮自評量表 (VAS)、引導參與團體活動，教導個案自我覺察功能退化；在思考過程改變部分，利用此時此刻溝通技巧，討論真實人事物，加強現實感。在病識感部分，安排家屬座談會，使主要照顧者了解疾病照護、共同參與照護計畫，建立個案規則服藥習慣。規則服藥可顯

著改善精神病患之症狀嚴重度、避免再發病、提高社交互動能力，進而邁向復元。

照顧的限制與困難，除了與個案建立良好治療性關係，與家屬培養信任感也是一門課題，家屬對「精神分裂症」有疾病的烙印、對藥物治療採反對的態度，不願意接受治療，其實，精神疾病只要尋求適當的醫療，一樣可以過正常的生活，故衛生福利部積極推動「精神分裂症」更名活動，期盼可以去除社會對精神病人的偏見與錯誤認知，給予精神病人一個健康、公平的治療與照護環境。本文個案在按時服藥後，症狀明顯改善，透由團體治療社交訓練，能自我覺察問題所在，見此成效，對筆者而言是一大鼓勵。但對於出

表四 出院電話訪問追蹤情形

電訪日期	居家治療狀況	處理建議
104年2月5日 (出院第二天)	母親表示回家狀況良好，可按時服藥。 個案：「我會自己用藥袋裝藥，然後出門也會帶著」。	對於家屬支持及個案按時服藥給予口頭肯定、反覆再提醒，強化服藥遵從性。
104年2月25日	母親：「她現在都會自己吃藥，睡得不錯，說話、做家事都很正常，不需要我們擔心，會繼續讓她吃藥，以前還以為精神病沒有藥醫了，現在才發現很重要。她現在還會跟我說『媽媽，後天要回去看醫生了，藥快吃完了』。」 個案：「我現在寒假快放完了，想要趕快去上學，希望能順利畢業，藥都有吃，我只有兩次忘記，可是都有在兩個小時內補吃，有時候會覺得要一直吃藥很煩，可是爸爸不準我不吃，媽媽會鼓勵我，提醒我，所以我還是都會吃。回去看醫生的時間我都有寫在行事曆。」	2/17 可按時返診，了解居家服藥治療情形及自我照顧能力，對疾病的認知及感受，強調按時服藥及規律門診追蹤對穩定疾病的重要性。 提醒勿隨意調整藥物及停藥，忘記服藥需立即補服，餐與餐需間隔兩小時。
104年4月18日	母親：「藥都有吃，昨天才回去看門診再拿藥，上學的狀況還 OK，跟同學相處沒什麼問題，她都會自己裝藥袋，不用我們盯著。」 個案：「上次妳打電話跟我說之後，我就沒有忘記吃藥了，只是有時候放假，睡覺的藥會晚一點吃，我現在跟同學會分組做報告，參加學校社團活動。」	4/17 可按時返診，給予口頭肯定，提供持續性照護，說明若藥物使用有任何問題，需與醫師討論勿自行停藥或調藥。

院後是否能繼續規則服藥、按時返診是未知數，故筆者利用出院電訪追蹤了解個案居家服藥狀況。

護理建議部分，針對未規則服藥之個案住院期間需建立病識感及規則服藥動機，與家屬及個案建立良好、信任的治療性關係，了解並澄清家屬及個案對疾病、服藥的烙印，共同檢視此次入院藥物治療症狀改善的成效，反覆說明並強調按時服藥及規則返診對疾病穩定的重要性，出院計畫更是著重於此，達到降低病人再次發病、重複住院，避免功能再退化。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處：100年全民健康保險醫療統計年報。2011。Retrieved from http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2657&doc_no=13275
2. 陳美蘭、黃惠滿、高家常 等：社區精神分裂病人病識感、服藥遵從行為及其相關因素之探討。高雄護理雜誌 2013；30(2)：26-40。
3. 邵文娟、陳宏、張雅芬 等：探討精神分裂症病患出院後遵囑服藥與再住院關係之前瞻性研究。護理雜誌 2013；60(5)：31-40。
4. American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Arlington, VA: Amer Psychiatric Pub Inc. 2013; 45-47.
5. 黃宗正、劉智民、劉震鐘 等：精神分裂症的臨床與精神病理。臺灣醫學 2011；15(4)：365-374。
6. 李安瑜、林金環：運用社交互動訓練於精神分裂症病患之護理經驗。志為護理 2009；8(4)：111-119。
7. 羅惠敏、李麗花、葉靜宜：社交技巧訓練對住院精神分裂症病患表達與溝通成效之探討。護理暨健康照護研究 2011；7(1)：65-72。
8. 林倩如、許欣偉、王智弘：人際互動團體心理治療於精神官能症病房之運用-以心理動力取向為基礎。中華團體心理治療 2012；18(1)：17-30。
9. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, et al.: The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2013; 39(6): 1242-1251.
10. Sharif F, Shaygan M, Mani A: Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry 2012; 27(1): 1-9.
11. 徐菁珽、林靜蘭、黃耀輝：一位不遵囑服藥之情感型精神分裂症病患的護理經驗。弘光學報 2011；64：33-46。

The Experience of Nursing A Schizophrenic Patient with No Intellectual Insight

Fang-Tzu Ho, Ching-Fane Chen, Yu-Fen Chen

Department of Nursing, Taichung Veterans General Hospital

Abstract

The schizophrenia patient whose case has been presented in this report had no intellectual insight and exhibited poor medical compliance. She was hospitalized on July 4, 2010, to address problems owing to academic pressure, but was suspected to have mental symptoms such as hallucination and somatic delusion. On account of the family members' denial of the diagnosis of a mental disorder, they discharged the patient the same day. Later, the family members observed that the patient suffered from insomnia and made false comments on reality. Though under clinical follow-ups, she was hospitalized again because of the behavioral disorder caused by poor medical compliance. The patient's care treatment began from January 6, 2015, and ended on February 3, 2015. Through actual observations, interviews, medical history, and assessments of the five dimensions of schizophrenia, the patient was found to have a sleeping disorder, anxiety, altered thought processes, social interaction impairment, and knowledge deficit (regarding diseases, home care, etc.). With the establishment of therapeutic interpersonal relationships and discussion of effective anxiety releasing methods, such as focus transference and singing, the patient was encouraged to apply the visual analogue scale to assess anxiety to aid self-awareness of interactions with others. This aimed to help her tackle problems while interacting with groups, practicing social skills, and further improving social communication. By exploiting the communication skills and discussing present people and matters, the patient's sense of reality and insight could be reinforced. Additionally, colloquia were held to involve the family members in the care treatment projects. The following suggestions are made for this case: it is important to sympathize with and understand the bias of the patient and the family members against mental illnesses, clarify the disease, challenge the stereotype of taking medication to establish insight in the patient, and enhance the motive of medication compliance in order to avoid relapse and functional degradation.

Keywords : *Schizophrenic patient, Insight, Medication compliance behavior*

Received: January 2016; Accepted: May 2016