

首次住院思覺失調症患者之護理經驗

郭曉倫¹、方茂守^{2*}

¹臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營 精神科護理師

^{2*}中華醫事科技大學護理系講師系兼高雄醫學大學護理博士班學生

簡略題目：思覺失調症患者護理經驗

Nursing Experience of Caring for a Schizophrenia Patient

Hsiao- Lun Kuo¹ ; Mao-So Fang^{2*}

¹RN, BSN, Department of Nursing, Tainan Municipal AN-NAN Hospital China Medical University

^{2*}RN, MSN, Instructor, Department of Nursing, College of Medicine and Life Science, Chung Hwa University of Medical Technology & Doctoral Student, College of Nursing, Kaohsiung Medical University

*通訊作者：方茂守

通 訊 處：71703 臺南市仁德區文華一街 89 號中華醫事科技大學護理系

連絡電話：06-267-4567 轉 503 傳真：06-2605792

電子郵件信箱：fang486@mail.hwai.edu.tw

*Correspondence : Mao-So Fang

Address: No. 89, Wunhua 1st St., Rende Dist, Tainan City 71703, Taiwan, ROC.

TEL: 06-267-4567 ext. 503 FAX: 06-260-5792

E-mail: fang486@mail.hwai.edu.tw

首次住院思覺失調症患者之護理經驗

摘要

本文呈現一位思覺失調症患者，因明顯聽幻覺干擾，導致睡眠、進食量不佳外，又跑到陌生鄰居家中不肯離去，直到對方報警才由案男友連絡案母帶回家，返家後又頻主訴聽到神明說因自己說謊有罪要帶走（指死亡）、且男友被神明附身了等言談，讓家屬深感困擾，故入院治療。筆者護理期間為102年10月17日至12月14日，經整體性護理評估收集資料後，確立其護理問題為：知覺感受變異/幻聽、社交互動障礙、與知識缺失。在建立治療性人際關係後，教導行為控制技巧分散幻聽的影響；教導社交技巧增進人際互動；提供疾病、藥物相關之知識，讓個案瞭解正確的疾病治療及藥物資訊，以減少知識缺失後，個案狀況改善後出院。

關鍵詞：知識缺失、思覺失調症、護理經驗

Nursing Experience of Caring for a Schizophrenia Patient

Abstract

The purpose of this paper is to report the nursing experience of a schizophrenia patient who was first admitted. By means of a comprehensive nursing assessment and data collection during the nursing period, the authors ascertained the nursing problems as sensory/perceptual alteration (auditory), impaired social interaction, and poor medication compliance. The authors used therapeutic interpersonal relationship to teaching the patient behavioral control skills to dispersion the effect of auditory hallucinations , and social skills for interpersonal interaction. At the same time, the authors monitored the patient's behaviors and responses to medication compliance, ameliorated the side-effects of medication, and provided nursing guidance to enhance her understanding of her illness and medication, as well as helping her to accept treatment with medication.

Key words : lack of knowledge, nursing experience, Schizophrenia

壹、前言

依據102年度全民健康保險醫療統計年報顯示，台灣有116,724人診斷為思覺失調；佔全台灣人口比為0.5%(衛生福利部統計處，2013)。全球終生盛行率約為1%，在台灣數次大規模流行病學調查之終生盛行率則為0.3%(衛生福利部國民健康署遺傳疾病諮詢服務窗口，2016)。而精神病患也常因缺乏病識感，以致出院後不願意門診追蹤及規則服藥，導致病情不穩而反覆入院，其造成直接或間接的社會成本相當鉅大(楊、楊、侯，2005)，且對病人的身、心、社會及家屬方面，都是極沈重的負擔。一般精神科門診患者，以初診而言，思覺失調佔9.2%，急性住院病人佔58%，慢性住院患者高達80%，可見此疾病為不可忽略之精神疾病。胡(2002)針對首次住院思覺失調病人，追蹤二年發現病情恢復正常者有20.9%，大部份恢復者40.3%，有些恢復者25.4%，沒有恢復者13.4%在長期治療及追蹤後，大約有三分之一相當不錯，與未發病前差不多。因而引發筆者撰寫之動機。而本文主要為照顧一位首次發病住院思覺失調患者，因聽幻覺干擾、夜眠差、進食量少，而住院治療，住院期間，常受聽幻覺干擾沉浸於自身世界，進而影響到社交互動。經由筆者建立治療性人際關係後，提供合宜的介入性措施，教導其對疾病及藥物的認知，提昇個案自我肯定，學習因應技巧及認同其疾病，進入正向調適的歷程，以利重新回到社會生活。

貳、文獻查證

一、思覺失調相關概念

美國精神醫學會診斷統計手冊第五版的診斷標準對思覺失調症定義為，在一個月內或如果成功治療時病程少於一個月且出現二項或更多症狀，至少有一項必須為妄想、幻覺及混亂言語，此困擾徵兆至少持續出現六個月，六個月期間至少包括一個月正性症狀(台灣精神醫學會，2014)。

許、姚、胡、熊(2005)研究發現連續住院失覺失調病人，首次住院者僅有五分之一得以恢復正常，近五分之四的病人會朝向慢性化過程發展，繼續呈現慢性精神病的狀態。其慢性化病程經常對病患個人造成多層面的影響，包括：精神症狀干擾、缺乏病識感、生活品質變差及不遵從等，同時衝擊其家庭、社會，形成照護負荷(邵、陳、張、林、林，2013)。

二、聽幻覺評估與因應技巧

台灣的思覺失調症病患中，有56.6%曾有聽幻覺干擾(陳、林、陸、周，2007)。而病患也因受聽幻覺干擾而影響其情緒、生活品質，甚致因沉浸於聽幻覺世界中，出現

社交退縮（李、林、楊，2011）。聽幻覺評估的項目包括：頻率、持續時間、負向內容數量及程度、聲音的來源及大小、對日常生活困擾的程度、聽幻覺的控制程度（李、林、楊，2011）。而照護上首先需以不批判言詞及態度，發揮同理心，建立良好治療性人際關係，進而鼓勵表達對聽幻覺的感受而非強調聽幻覺本身。此外，幻聽因應技巧包括：（一）行為控制：分散對聽幻覺注意力，如：看電視、聽音樂、鼓勵參加活動等；（二）輸入阻斷法：採不理會方式以阻斷情緒受到干擾，避免因干擾而出現傷害自己或他人的情形；（三）復健及避免復發法：1.按時服藥以減少幻聽干擾情形；2.自我監控主要在於注意使聽幻覺發生變好或變壞之原因，使個案避開導因藉以控制症狀；3.鼓勵增加社會人際接觸，藉此較能區分幻覺與現實，也較能獲得情感支持（尤、方，2009；陳、林、陸、周，2007）。

三、社交互動障礙及社交技巧訓練

社交技巧訓練（social skill training）為目前精神醫療體系中應用最廣的治療理論，社交功能非與生俱有的能力，而是在成長過程不斷學習所獲得的技能（羅、李、葉，2011）。而誘發思覺失調症患者社交技巧障礙的主因有：（一）發病前即有人際關係退縮與社交隔離的情形；（二）長期受到嚴重症狀影響，造成知覺扭曲及認知功能欠佳，使社交技巧疏於練習；（三）住院環境使病患無法自我肯定；（四）社會觀點對精神病患的負面看法加重使其更加退縮與隔離（李、林，2009）。透過社交技巧訓練可以減輕社交退縮，加強生活適應能力，並建立自尊、自信與一般因應能力。此訓練可有效改善精神病患的情緒表達、人際互動、社會適應、生活品質及負性症狀，其訓練內容得依據病患本身的缺失與程度上的不同，予以計劃性的教導，達到強化個人在生活中應對的能力（李、林，2009）。社交技巧訓練包括：（一）以他人為模範，藉由觀察他人與人之良好互動模式並學習；（二）當病患良好互動時，給予鼓勵、讚美及正向的回饋；（三）教導由簡到繁、循序漸進的學習社交技巧，並使行為改變；（四）不斷的重複學習；（五）在團體中形成普同感，並於情境中自然維持良好且和諧的人際關係（吳、何，2009）。

四、思覺失調病人服藥遵從性

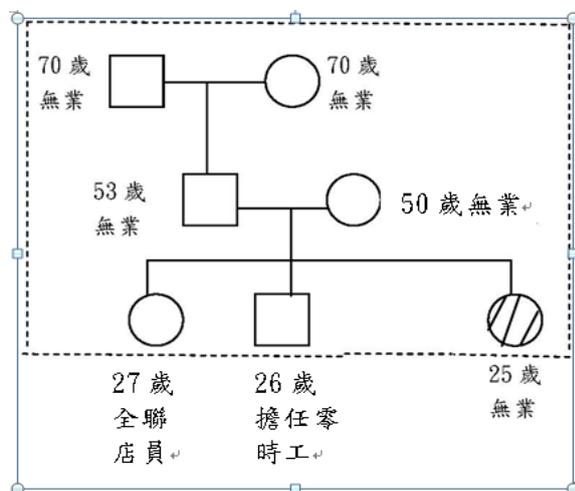
抗精神病藥物為目前臨床上改善失覺失調患者症狀及維持功能的主要治療方式（張、彭、張，2009）。思覺失調患者若不維持藥物治療，停藥半年內復發的機率为 50%，一年內復發為 65~80%（陳、邱、吳，2011）。許多研究認為服藥遵從性是復發與否的關鍵因素，復發風險會隨藥物治療的中斷而增加（Csernansky & Schuchart, 2002）。挪威的研究中也發現，對醫囑遵從性不佳者，有 69% 病人會再復發（Morken, Widen, & Grawe, 2008）。抗精神病藥物的醫囑遵從性和疾病的復發及再住院相關，因服藥遵從性不佳而導致症狀復發或再住院者，為服藥遵從性佳者的 10.27 倍，因而再住院者為服藥遵從性佳者的 4 倍；且精神病人醫囑遵從性高或低，其住院天數也會有差異（Ascher-Svanum et al., 2010; Morken et al., 2008）。不遵從醫囑和的未持續服藥都是可能造成精神疾病頻繁復發的原因（Gbiri et al., 2011）。

影響病患遵囑服藥的因素有：(一) 病患方面：年紀較輕、低教育程度及自我調適的治療信念和態度；(二) 藥物認知方面：對藥物作用的知識不足，對藥物可能引起的副作用感到焦慮及不清楚其處理方式；(三) 環境方面：家屬的參與，亦為影響病患遵囑服藥行為的重要因素，因當家屬對病患疾病觀感秉持矛盾或拒絕態度時，亦產生中斷治療(吳、何，2009；邵等，2013)。照護不遵從服藥病患時，護理人員可藉由藥物遵從行為的個別治療增進其對疾病、藥物認識，如：每日給藥時，衛教其藥物顏色、外觀、作用、副作用並鼓勵回覆示教，有助於增加疾病與藥物正確認知，建立健康生活(陳、邱、吳，2011)。

參、護理評估

一、個案簡介

蔡小姐，25歲、未婚、宗教信仰為道教；教育程度為高職肄業；入院診斷為schizophrenia 思覺失調症；入院日期為102/10/17；護理期間為102/10/17~102/12/14。雖為三代同堂，但因案父母對疾病缺乏認知及照顧技巧，覺得病人不需接受治療，一般民俗治療即可。且家族無人有精神病，不知道如何照顧，故醫療聯絡人以案姐為主。家族樹如圖一所示。



圖一：個案家族樹

二、發病經過及治療過程：

(一) 發病經過：此次為第一次住院治療，據案母及案姊表示生長史正常，自小學業成績差，國中畢業後即於工廠工作，持續度差，尤其是近一年來離職原因多與同事起衝突。案姐表示個案與男友同居近10年，首次發病於25歲，近一年幾乎不曾回家，直到一週前，案男友聯絡案母表示個案某日早上突然私自跑到不認識的鄰居家中不肯離去，直到對方

報警才由男友連絡案母帶回家，返家後頻主訴自己快要被帶走了（指死亡）因自己說謊有罪、聽到神明說要帶走她、男友被神明附身了等言談，明顯有聽幻覺干擾，近2-3天沒睡，近一週晚餐只吃三小口粥，經門診醫師評估後予收入院治療。

（二）治療過程：近2-3天沒睡、自言自語、注意力易分散，於102年10月14日曾到本院門診求治，返家後只服一次藥物後即出現拒藥情形，故病況仍無法獲得改善，於同年10月17日入院治療。住院期間個案情緒平穩，神情淡漠，對病房活動及職能治療活動參與度低，多在病室走廊來回走動，引導下可被動表示會聽到神明在跟自己說術語，會談中偶有注意力分散的情形，服藥期間曾出現手抖情形，服用switane 2mg 1tab BID後可改善。11/10手抖情形已有明顯改善，11/11評估個案因聽幻覺干擾仍存，故予調整其藥物劑量。出院意念強，有打包行李的情形，外出時曾拒絕返病室。

三、護理評估：102年10月17日至同年12月14日運用五大層面整體性護理評估收集資料，如下：

（一）身體層面：

意識狀態清楚，身高 161 公分，體重 57 公斤，標準體重為 54.6 公斤，BMI 為 22，屬正常範圍內。外觀身材瘦高，衣著合宜，身上無明顯異味，個人衛生沐浴皆可主動自理，執行品質佳。個案自覺長相尚可，對自己的身高及體重可以接受。夜眠平均時數約維持在 8~9 小時，約 2-3 次曾有夜眠中斷情形，白天精神佳，對目前夜眠品質可口頭表示滿意。可自行至廁所解便或排尿，一天約排便一次，排尿約 6-8 次，無排尿困難情形。步態平穩，活動自如；10/25 表示比較喜歡自己一個人，且也喜歡安靜的環境。11/10 主訴接觸人群時會覺得不舒服。10/18-11/18 於病室活動期間多獨處，未有人際互動。對病房職能治療活動參與度低，多以身體不適為藉口而缺席，住院期間職能治療活動過程中仍多獨處，需鼓勵下才會和病友互動、對他人建議接受度低，缺乏活動動機顯防衛，平時多從事靜態活動，如：看電視居多，其他動態活動時多躺床。身體健康狀況生命徵象皆正常，血液、生化抽血檢查報告、心電圖、X-ray 皆正常。

（二）情緒層面：

照護期間，個案情緒尚平穩，表情平淡，對於關心偶會展露笑容。對醫護人員的態度友善，言談表達顯被動。幻聽出現時個案會與幻聽出現對話，沉浸於幻聽世界，情緒會感到煩躁，於大廳來回走動時，會拿著佛珠口中頻唸著自創咒語，關切下表示要驅魔，這樣聲音才會消失。

（三）智能層面：

意識清醒，無其他意識改變的狀況發生。在知覺部分會受幻聽干擾，10/19表示會聽到男生的聲音在吵自己像是魔鬼的聲音，所以要唸咒驅魔。10/20神明在跟自己說術語，10/22

有很多男生的聲音在說一些日常生活中關心的事情。於認知評估之定向感、判斷力、抽象思考、計算能力與記憶力，都能正確清楚的回答。剛開始詢問此次住院原因，其表示自己只是配合家人的意思來住院而已，對疾病缺乏病識感擔心服用睡前藥物(Rivotril 0.5 mg)會造成身體不適，故曾出現拒藥情形，但於護理師多次說明下仍可配合服用。對壓力的因應方面，其表示需看是什麼事情再決定要如何去因應及處理。

(四) 社會層面：

對自我概念上，個案覺得自己是個喜歡安靜的人，所以求學過程幾乎沒有什麼朋友，覺得自己一個人也可以過得很好。病前個性內向，就讀高職期間經常和同學出現人際摩擦，主訴常因與同學常意見不合而吵架，也覺得班上同學在排擠自己，甚至需要辦理休學。住院期間人際互動顯被動，當關心時其言談表達簡短，連家人來訪探視時互動亦顯疏離。近一年與案男友同居居多，同居期間與家人互動更為疏離少聯絡。家中經濟主要是由手足協助分擔。住院期間以案姊、男友來探視居多，案父母偶爾也會來探視，觀察個案與家人間的互動情況可，雖疏離但無衝突情形。自訴對於自己目前住院，心情偶爾感到煩躁，但若男友來探視，心情就會比較好過。覺得自己如果一直吃精神病藥物，久了之後大家一定會認定我是精神病人，也擔心男方家屬因而反對之後的婚姻。

(五) 靈性層面：

其人生觀無大計畫，表示只想回家陪家人和找工作。信仰道教，平日會與男友至廟宇拜拜，但不會特別參與廟會活動。在自我超越感及自我實現感部分，因已經一個多月沒工作了，所以希望自己可以趕快出院，出院後想翻翻報紙找個適合自己的工作，在未找到工作期間會先協助整理家務。

四、護理問題確立：

經上述整體評估結果，發現個案受聽幻覺干擾而無法有效因應；多獨處少人際互動，不會主動與病友聊天，對於職能治療活動多以身體不適缺席；對藥物有錯誤認知，故曾出現想拒藥的情形，且對疾病缺乏病識感；確立個案有：

- 1.知覺感受變異：聽幻覺/與聽覺發生扭曲有關及無法有效因應有關。
- 2.社交互動障礙/與缺乏人際互動知識與技巧有關。
- 3.知識缺失/與缺乏精神科治療與藥物作用之相關認知有關。

以下就各個護理問題進行相關措施

#1.知覺感受變異：生活受幻聽干擾/與聽覺發生扭曲及無法有效因應有關(照護時間 102

年10月17日~12月14日)

主客觀資料

S：1.有男生的聲音在吵自己像是魔鬼的聲音，所以要唸咒驅魔。

2.會聽到神明在跟我說一些術語。

3.有很多男生的聲音在說一些日常生活中關心的事情。

O：1.個案有時會出現小聲自語情形。

2.會談過程易出現注意力不集中、坐於病床上沉思、不語。

3.對醫療工作人員之關心，其態度偶爾顯防衛、淡漠不願多談

護理目標

1.1~2週後個案能說出幻聽干擾時，可使用轉移幻聽的行為控制技巧。

2.住院期間個案不會因幻聽干擾受到傷害並可說出聽幻覺的內容。

3.出院前能於幻聽出現時，執行至少兩種不同的行為控制技巧且能不因聽幻覺干擾而影響到日常生活作息。

護理措施

1.採陪伴、傾聽、同理之態度與其建立信任護病關係。如：主動向個案介紹主護身份，主動提供關心及評估精神病症狀干擾程度及因應技巧。

2.一週1~2次會談傾聽其表達幻聽內容，了解聽幻覺對個案的意義及感受及幻覺內容對生活的影響情形，並藉此引導比較服藥前後聽幻覺出現差異性，增加服藥動機。

3.一同討論選用對自己有效的減緩聽幻覺方法，教導注意力分散法，如：散步、不理它、看電視等來因應。

4.耐心引導個案鼓勵表達其想法，讓工作人員適時了解其問題，並提供協助，並告知若無法改善時可至護理站找護理人員求助。

5.當聽幻覺干擾時可採正向因應技巧時，予口頭讚賞，持續增強有效減緩聽幻覺干擾的對應。

6.教導個案區分幻覺與現實差異，如：當個案受到幻聽干擾時，以肯定語氣告知個案，

護理人員並未聽到。

7.11/10 衛教藥物作用、副作用及重要性，症狀加劇時適時與醫生討論調藥。

評值

10/24 及 30 日表示有聽到男生的聲音在說一些生活中的事情。仍表示可以和神明感應，若神明要我和他們陪伴我也會去；但未出現傷害自己的行為。11/15 與 30 日可說出願意嘗試聽幻覺出現時之轉移注意力的方法，如不理會、看電視等。之後可說出幻聽干擾頻次已有減少，觀察表情偶露出笑容，予以口頭鼓勵並提供藥物衛教。12/7 自訴可將現實與幻覺區分，當幻聽出現可用看電視來轉移，且表示幻聽無干擾到日常生活。

經由以上結果，顯示目標已達成，後續鼓勵個案保持下去。勿受幻聽之影響。

#2. 社交互動障礙/與缺乏人際互動知識與技巧有關（照護時間 102 年 10 月 17 日~12 月 14 日）

主客觀資料

S：1.我比較喜歡自己一個人，且也喜歡安靜的環境。

2.因自己有手汗擔心活動時和人接觸會造成別人的不舒服

3.接觸人群時我會覺得不舒服。

O：1.住院期間多獨處無人際互動。

2.對督促參與職能治療活動及與病友互動乏意願。

3.與個案會談時少有眼神接觸。

護理目標

1.一個月後個案可以口頭表達其想法並至大廳參加團體活動。

2.一個月至一個半月後個案可被動與 1-2 位病友或工作人員互動。

3.出院前個案能主動與病友互動交談及參與病房活動。

護理措施

1.與個案建立良好、支持性人際關係。如：主動向個案介紹主護身份，主動告知病房

活動時間，並於病房團體活動時間鼓勵個案參加。

2.採友善的方式與個案接近及接觸，並定時探視。如：每日查房時間除觀察個案動態外，並關心其人際互動情況。

3.引導個案表達其內心想法、感受並採傾聽、同理其想法。如：鼓勵個案說出對人際互動過程困擾事宜。

4.一週1~2次藉由個案本身、其他病友、以及與工作人員間的互動，做為個案角色的模範，教導正確社交方式及技巧，先由相互打招呼開始再逐步增加互動時間和內容分享。計劃內容如下：第1~2週可主動和病友或護理人員打招呼且可有眼神接觸；第2~3週可主動與病友一起參與病房團體活動；第3~4週鼓勵可在病房團體活動中與病友互動及參與發言；第5~6週示範如何和病友互動並鼓勵嘗試與病友互動。

5.讓個案了解人際互動之優點如：互相支持幫助、交朋友分享心情、提升自信心。

6.在病房中，一同討論有興趣之活動內容，或鼓勵多參與職能活動，藉以提高其活動意願，約定每日上下午至少參加一次職能活動。

7.活動中若需要與病友接觸時可先告知對方，尋求對方的同意再做握手動作或可隨身攜帶手帕、衛生紙。

評值

一開始仍較為拒絕與他人互動、發表自己意見，例如：於10/25表示不喜歡和其他人互動，但督促下可被動配合到大廳參加團體活動。於11/20多在旁觀看病房團體活動的進行，與其澄清時，個案表示沒什麼事要說的，聽大家說就好。之後漸改善，如：於11/30觀察可被動與1位病友互動，互動過程合宜。於12/7觀察可主動與多位病友交談並適時協助病友，且可主動參與職能及病室活動。

經由以上結果，顯示個案漸漸增加與他人之互動，故目標達成。

#3.知識缺失/與缺乏精神科藥物作用之相關認知有關（照護時間102年10月17日~12月14日）

主客觀資料

S：1.吃那個橘色和黃色的藥，有時半夜起來後就不太容易再入睡了。

2.吃睡前的藥會不會造成身體不適，我不太想吃藥。

3.我只想吃那一顆黃色的藥就好，不想吃鎮靜的。

O：1.案姐表示 10/14 至本院門診求治後，返家後只服用一次藥之後就拒藥。

2.10/28、11/2、11/16 有出現拒藥情形，但在哄勸後可被動服用。

3.個案對藥物的認知不正確，會出現挑藥、拒藥的行為。

護理目標

1.2 週至 1 個月後個案能表達對住院、藥物治療的感受、想法。

2.住院期間個案能於督促下確實配合服藥。

3.出院前個案可說出主要治療藥物顏色、形狀、作用、副作用。

護理措施

1.建立治療性人際關係，採溫和、關心之態度與其互動，以增加個案的信任感和安全感。

2.主動提供自己，告知個案若有問題，可以隨時告知護理人員，並定時短暫探視，隨時關心狀況及需求。

3.鼓勵個案可多表達對住院、服用藥物之想法及感受，並採不批判之態度，並予以傾聽、同理其想法及感受。如：個案擔心服用睡前藥會造成身體不適時，予瞭解原因，並提供相關藥物資訊，建立個案對藥物作用有正確認知，逐步建立對服藥遵從度。

4.提供本院衛教單張及提供個案有關思覺失調症疾病之相關資訊。

5.澄清個人錯誤認知、強調藥物治療的重要性，如：讓個案了解若不遵從服藥之壞處，如病情不穩又反覆住院增加家人照顧壓力。

6.住院期間協助服藥，並於每次服藥時檢查口腔，確認個案確實將藥物服下。

7.一週 1~2 次教導個案認識藥物，包括藥物中文名稱、作用、副作用、顏色、形狀等，增進對服藥之遵從性，並提供自行製作藥卡。

8.當個案出現可以配合服藥、正確回答藥物之相關訊息時，立即提供讚賞和回饋。

評值

於 11/13 開始個案可在服完藥物後張口讓工作人員做檢查；在 11/29 可自述服藥後幻聽干擾的情形較住院前減少；於 12/7 開始可主動服藥並且觀看所服用之藥物內容，說

出藥物之顏色、形狀、作用、副作用，故予以正向肯定與支持。個案於出院前於引導下表示，對服用睡前藥物的擔心情況有改善，因為似乎與護士講的是一樣的，出院後睡前藥應該還是會繼續服用。

經由以上結果，顯示個案由需要護理人員檢查服藥、到說出藥物對自己的幫助，最後瞭解自己服用的藥物相關訊息，顯示其進步。後續仍鼓勵個案保持下去，勿隨意拒藥、停藥，其表示接受。

五、結論

臨床上，思覺失調症病程雖有慢性化、且病況時好時壞之傾向，研究發現連續住院失覺失調病人，首次住院者僅有五分之一得以恢復正常（許、姚、胡、熊，2005）。又台灣的思覺失調症病患中，有56.6%曾有聽幻覺干擾（陳、林、陸、周，2007）。而病患也因受聽幻覺干擾而影響其情緒、生活品質，甚致因沉浸於聽幻覺世界中，出現社交退縮（李、林、楊，2011）。如本個案在住院前因幻聽干擾與影響其生活，跑到不認識的鄰居家中不走、頻主訴自己因說謊有罪快要被帶走了（指死亡）、聽到神明說要帶走她、男友被神明附身了等言談，而導致住院。故降低幻聽對生活能力的影響，是相當重要的。接著，由於個案是第一次住院、除了對環境不熟悉外，對醫護人員所提供協助、澄清都是持拒絕、逃避的態度，頂多用簡短言談或是搖頭回應，致嚴重影響到日常生活作息及與病友間的互動。最後，因個案缺乏對精神疾病與藥物認知，導致出現挑藥、拒藥行為，再加上個案多退縮不願和病友互動，無法藉由其他病友提供成功的服藥經驗，促進其動機。以上種種問題，增加了照顧上之困難，也加深筆者挫折感。

研究指出思覺失調患者若不維持藥物治療，停藥半年內復發的機率為50%，一年內復發為65~80%（陳、邱、吳，2011），且其慢性化病程經常對病患個人造成多層面的影響，包括：精神症狀干擾、缺乏病識感、生活品質變差及不遵從等，同時衝擊其家庭、社會，形成照護負荷（邵、陳、張、林、林，2013）。故筆者秉持著關懷、真誠、尊重的態度，試著與其建立安全感及信任感，降低其不安與自我防衛、建立治療性人際關係，進而執行護理介入措施。在人際互動方面，由少與他人互動，但藉由持續鼓勵個案增進人際互動與透過社交技巧的訓練，說明人際互動的好處；於出院前發現個案除了可與病友被動互動外、甚至可主動參加活動，並可以主動協助病友；而人際關係的改善，也促使其可以接受幻聽的轉移技巧、藥物治療及正確的疾病資訊，以減少幻聽症狀出現。經此努力後，個案由受幻聽影響生活、少與他人互動、挑藥、拒藥；到不受幻聽干擾、參加病房活動並主動與他人互動、配合服藥；讓筆者欣慰護理照顧之付出與成效，增加筆者照護動力與信心。

於文獻查證過程發現，國內外針對首次發病思覺失調症之護理經驗、較為缺乏，泰半由醫學研究角度出發，形成本文之限制，期待經由本文可以有拋磚引玉之效，讓未來

有更多類似護理經驗之分享。

六、參考文獻

- 尤姝方、方茂守 (2009) · 幻聽症狀之自我處理於精神分裂症個案之護理經驗 · *精神衛生護理雜誌*, 4(2), 58-65。[Yu, S. F., Fang, M.S.(2009). Self-Management Strategies for a Schizophrenic Patient Suffering from Auditory Hallucination. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 4 (2), 58-65。]
- 吳佩玲、何學厚 (2009) · 一位精神分裂症患者自我照顧能力缺之之護理經驗 · *榮總護理*, 26 (2), 202-207。[Wu, P. L., Ho, H. H.(2009). Nursing Experience of Caring for a Schizophrenia Patient of Self-Care Deficit. *VGH NURSING*, 26 (2), 202-207. DOI : 10.6142/VGHN.26.2.202]
- 李天豪、林佳蓉、楊秋月 (2011) · 中文版幻聽評估工具之介紹 · *源遠護理*, 5 (1), 22-29。[Lee, T. H., Lin, C. J. Yang, C. Y.(2011). Introduction of the Chinese Version Assessment Instruments for Auditory Hallucination. *YUAN-YUAN*, 5 (1), 22-29. DOI : 10.6530/YYN.2011.5(1).04]
- 李安瑜、林金環 (2009) · 運用社交互動訓練於精神分裂症病患之護理經驗 · *慈濟護理雜誌*, 8(4), 111-119。[Li, Y. L., Lin, C. H.(2009). A Nursing Experience of Applying Social Skill Training to a Patient with Schizophrenia. *Tzu Chi Nursing Journal*, 8 (4), 111-119.]
- 邵文娟、陳宏、張雅芬、林煒千、林靜蘭 (2013) · 探討精神分裂症病患出院前後遵囑服藥與再住院關係之前瞻性研究 · *護理雜誌*, 60 (5), 31-40。[Shao, W. C., Chen, H. Chang, Y. F., Lin, W. C., Lin, E. CL. (2013). The Relationship between Medication Adherence and Re-hospitalization: A Prospective Study of Schizophrenia Patients Discharged From Psychiatric Acute Wards. *The Journal of Nursing*, 60 (5), 31-40. DOI : 10.6224/JN.60.5.31 The Journal of Nursing.]
- 胡海國 (2002) · 精神分裂之社區流行病學 · *當代醫學*, 29 (9), 26-36。[Hwu, H. G.(2002). Schizophrenia of Community Epidemiology. *Medicine Today*, 29 (9), 26-36.]
- 張櫻慈、彭少貞、張玉婷 (2009) · 從順從治療團體看精神分裂症患者的藥物信念的轉變歷程 · *志為護理*, 8 (2), 73-82。[Chang, Y. T., Perng, S. J., Chang, Y. T.(2009). Transitions in Beliefs about Medication-taking among Persons with Schizophrenia Who are Members of a Compliance Therapy Group. *Tzu Chi Nursing Journal*, 8 (2), 73-82.]

- 許嘉純、姚開屏、胡海國、熊秉荃 (2005) 。臺灣版精神分裂症病人生活品質評量表：信度與效度之研究。 *台灣精神醫學*, 19 (1), 33-46。 [Hsu, C. C., Grace, K. P., Hwu, H. G., Hsiung, P. C.(2005).The Taiwanese Version of the Lancashire Quality of Life Profile (T-LQOLP): Reliability and Validity. *Taiwanese Journal of Psychiatry*.19 (1) ,33-46.]
- 陳玟君、林俊龍、陸汝斌、周桂如 (2007) 。幻聽的症狀及其因應策略。 *長庚護理*, 18 (2), 188-195。 [Chen, W. C., Lin , C. L., Lu , R. B., Chou, K. R.(2007).Symptoms and Coping Strategies of Auditory Hallucination. *Chang Gung*,18 (2) ,188-195.]
- 陳琪雅、邱飄逸、吳碧雲 (2011) 。運用認知行為治療於一位精神分裂症個案的護理經驗。 *馬偕護理雜誌*, 6 (2), 79-89。 [Chen, Q. Y., Chiou, P. Y., Wu, P. Y.(2011).Nursing Experience to a Schizophrenia Patient Who Received Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Mackay Nursing*,6 (2) ,79-89.]
- 楊雯瓊、楊星瑜、侯淑英 (2005) 。提昇一位精神分裂症個案服藥遵從性之護理經驗。 *領導護理*, 6 (2), 67-74。 [Yang, C. Y., Yang, H. Y., Ho, S. Y. (2005).Improving the Drug Compliance in a Patient with Schizophrenia. *Leadership Nursing*,6 (2) , 67-74.]
- 衛生福利部國民健康署遺傳疾病諮詢服務窗口。(2016年11月8日)·2016年11月30日取自·
https://gene.hpa.gov.tw/index.php?mo=DiseasePaper&action=paper1_show&cate=Set2&csn=94&sn=224
- 衛生福利部統計處·102年醫療統計年報·2016年11月30日取自·
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5328&doc_no=47874
- 羅惠敏、李麗花、葉靜宜 (2011) 。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*, 7(1), 65-72。 [Lo, H. M., Lee, L. H., Yeh, C. Y.(2011).Social Skills Training: Effects on Expression and Communication in Hospitalized Schizophrenic Patients. *Journal of Nursing Healthcare Research*,7 (1) ,65-72.DOI : 10.6225/ JNHR.7.1.65]
- American Psychiatric Association. (2014) 。 *DSM-5-TR 精神疾病診斷準則手冊* (台灣精神醫學會編譯) 。台北：合記。
- Ascher-Svanum, H., Baojin, Z., Faries, D. E., Salkever, D., Slade, E. P., Xiaomei, P.,

- et al. (2010). The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 1-7.
- Csernansky, J. G., & Schuchart, E. K. (2002). Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs*, 16(7), 473-484.
- Gbiri, C. A., Badru, F. A., Ladapo, H. T. O., & Gbiri, A. A. (2011). Socio-economic correlates of relapsed patients admitted in a Nigerian mental health institution. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 15(1), 19-26.
- Morken, G., Widen, J. H., & Grawe, R. W. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 8, 1-7.