

課程名稱: 精神衛生護理學實習  
作業名稱: 實習總作業

# 運用遵囑治療方案(adherence therapy)改善 一位思覺失調症個案的臨床病識感之護理 經驗

學校名稱: 長庚科技大學

系所: 護理系四年級

學號: H101148

姓名: 楊千慧

指導教師: 陳彥良老師

實習單位: 衛生福利部八里療養院 303 病房

單位護理長: 周季玲護理長

實習日期: 2024.11.25–2024.12.19

## 目錄

行為過程紀錄.....	3
一、病人基本資料.....	3
二、溝通目的.....	3
三、情境.....	3
四、互動內容.....	3
五、結論與心得.....	6
案例報告 .....	7
一、個案基本資料.....	7
二、現在病史與過去病史 .....	7
三、個人發展史.....	7
四、家庭評估.....	8
五、藥物治療.....	8
六、整體性護理評估 .....	10
七、確立健康問題.....	14
八、護理措施與結果評值.....	15
九、討論與結論.....	17
十、參考資料.....	18
護理紀錄 .....	19
護理紀錄 I .....	19
護理紀錄 II .....	20
護理紀錄 III.....	21
護理紀錄 IV.....	22

## 行為過程紀錄

### 一、病人基本資料

床號:48      姓名:鍾○○      年齡:70歲      語言:國語、台語  
性別:女      診斷:schizophrenia      教育程度:大學

### 二、溝通目的

- 1.評估個案睡眠情形。
- 2.評估個案心情與情緒。
- 3.評估個案妄想內容。

### 三、情境

2024年11月27日 8:45-9:10與個案會談，會談時間持續約25分鐘，護生與個案剛跳完早操，於病房大廳進行會談。個案與護生並排坐於桌子旁的塑膠椅上，保持一隻手臂的距離，環境寬廣，燈光明亮，周圍附近有其他病友。溫度：23°C、濕度：61%。

### 四、互動內容

互動	分析
<b>互動欄：客觀描述個案(或和家屬)與護生之語言、非語言行為及護生當時之感受。</b>	<b>分析欄：所運用之學理、所運用之溝通技巧、溝通過程之檢討、該段互動的反思(reflective thinking)與意義(meaning)。</b>
病人：「○○早安，我剛看你跳早操時動作都有做對耶，很棒！」（微笑招手）	護生禮貌性與個案打招呼，運用「提出所觀察到的」技巧對病人早操的表現「給予認可」，建立良好護病關係。
病人：「嗯，早！」（眼神直視護生，表情淡漠）	病人禮貌性回覆護生。表情淡漠，顯示病人對護生有警戒心。
護生：「昨晚睡得如何？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	評估病人睡眠情形。
病人：普通。（眼神直視護生，表情淡漠）	表情淡漠、回話簡短顯示病人出現防備心，不願主動表達內心感受。
護生：「你平常都幾點睡覺幾點起床？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「引導會談繼續下去」來評估病人睡眠情形。
病人：「八點多睡，五、六點就會起床，睡醒還是很累。」（眼神直視護生，表情淡漠且苦惱）	病人向護生表達睡醒仍然疲憊的心情，且對於早醒的狀況感到困擾。

護生：「嗯我了解了，聽起來你最近的睡眠情況讓你感覺很累，這應該讓你很困擾吧？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「接受」、「傾聽」技巧以不批判的態度同理病人的感受。
病人：「（點頭）半夜都會醒來兩、三次。」（眼神直視護生，表情淡漠且苦惱）	病人表達對於睡眠中斷情形感到困擾。
護生：「嗯我懂你的意思了，你說你平常八點多睡，五六點就醒來，半夜會醒來兩三次，但早上醒來還是很想睡。」（點頭，語氣溫和）	護生運用「接受」、「重述會談重點」技巧，顯示護生對於病人所要表達的意思表示了解且接受，並幫助病人重整思緒。
護生：「可以跟我分享看看是什麼事情或壓力讓你半夜容易醒來嗎？」（表情疑惑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「引導會談繼續下去」的技巧，引導病人說出造成病人睡眠中斷及早醒的原因。
病人：「就一些家裡的事。」（沉默皺眉，表情淡漠）	病人沉默、皺眉顯示對於提及家裡的事不願詳細談論。運用壓抑防衛機轉，壓抑內心的感受。
護生：「我看到你剛剛皺眉了，是發生了什麼事嗎？」（表情疑惑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「提出所觀察到的」並「引導會談繼續下去」。
病人：「就有人拿了錢就不做事，講話不好聽。之後有機會再說。」（眼神直視護生，表情淡漠，聲音漸大，語速加快）	病人出現防備心，不願談及家庭相關的話題，顯示病人家庭關係的疏離。
護生：（點頭）	運用「沉默」技巧，讓病人重整思緒，先不深入追究病人不願談及的話題。
護生：「○○那你今天心情如何？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	評估病人心情。
病人：「普通。」（眼神直視護生，表情淡漠）	表情淡漠、回話簡短顯示病人的情緒壓抑，不願主動表達內心感受。
護生：「那 0-10 分你為你今天的心情打幾分？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	用心情量表評估病人心情。
病人：「5 分。」（眼神直視護生，表情淡漠）	病人表情淡漠，以中間值 5 分回應，顯示病人可能迴避情緒表達，不願進一步透露心情狀態。
護生：「可以跟我說說怎麼不是 8 分或 9 分呢？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「引導會談繼續下去」的技巧，引導病人表達心情感受。
病人：「沒有，今天抽血。」（搖頭，眼神直視護生，表情淡漠）	表情淡漠、回話簡短顯示病人的情緒壓抑，不願主動表達內心感受。
護生：「抽血讓你覺得不舒服嗎？」（疑惑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「引導會談繼續下去」的技巧，引導病人說出內心感受。

病人：「我不喜歡抽血。」（眼神直視護生，表情淡漠）	評估個案心情不好的原因。
護生：「那你今天完成抽血了，你很勇敢！」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「給予認可」技巧，給予病人肯定。
病人：「嗯。」（眼神直視護生，嘴角微上揚）	病人嘴角上揚顯示對於護生的肯定表示認同。
護生：「那平常會不會擔心有人要陷害你或對你不利？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	評估病人妄想情形。
病人：「會，因為之前有人想陷害我。」（眼神直視護生，聲音漸大）	評估病人被害妄想情形。
護生：「那可以跟我說說他是如何陷害你嗎？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「引導會談繼續下去」的技巧，引導病人表達被害妄想的想法。
病人：「他會趁我不在的時候去我房間想故意摔我的杯子、把我的毛巾撕破、偷我的衣服！」（眼神直視護生，聲音漸大）	評估病人有被害妄想的症狀，言談內容不符合現實。
護生：「嗯我了解了，那什麼時候這些事情會發生得比較頻繁？」（疑惑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「引導會談繼續下去」的技巧，評估被害妄想的症狀。
病人：「我不在病房的時候，不久前發生過一次。」（眼神直視護生，表情淡漠）	評估病人有被害妄想的症狀，言談內容不符合現實。
護生：「我了解你的意思了，那你覺得這件事情是真的嗎？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「接受」技巧，並「引導會談繼續下去」，引導病人表達被害妄想的真實想法。
病人：「真的，我有跟護士說，他還被關去保護室！」（眼神直視護生，聲音漸大）	評估病人有被害妄想的症狀，言談內容不符合現實。
護生：「那你當下的感受如何？」（微笑，語氣溫和，認真傾聽）	護生運用「引導會談繼續下去」的技巧，鼓勵說出內心感受。
病人：「（沉默）當時覺得很生氣，可是最後想了一下他是病人，我就原諒他，就只能自認倒楣。」（眼神直視護生，聲音漸大）	病人表達生氣的感受，並對於此事件的發生感到無奈。
護生：「哇!你能這樣想真的很不容易，那你是聽到什麼聲音在告訴你要有人陷害你嗎？」	運用「給予肯定」技巧，並「引導會談繼續下去」，引導病人表達幻聽症狀。
病人：「（搖頭）沒有。」（眼神直視護生，表情淡漠）	病人表示無幻聽情形。

## **五、結論與心得**

### **(一)治療性溝通目的達到之情況**

護生於此次與個案會談時，有成功地達到治療性溝通的目的，有引導個案說出造成個案心情不好的原因、造成睡眠中斷或早醒的原因，以及妄想型思考障礙對個案的影響。

### **(二)護生在會談時的感受**

我覺得自己的治療性溝通技巧仍需加強。一開始面對個案回話簡短時，常因不知道如何接話而停頓，且容易陷入一問一答的困境。我覺得第二週會談狀況有比第一週進步一些，能更流暢地引導個案，協助個案表達出重要資訊。

### **(三)在會談當中學習到什麼**

在會談當中學習到需要事先擬定好會談的題目及目的，並熟讀、理解課本的治療性溝通技巧，才能像老師一樣，在會談中靈活運用。

### **(四)綜合此次會談案主可能之護理問題**

- 1.失眠
- 2.妄想型思考障礙

## 案例報告

### 一、個案基本資料

鍾小姐，70 歲女性，大學畢業，未婚，藥師，信奉佛教。獨居。主要照顧者為二弟(電腦工程師)，互動關係疏離，診斷為思覺失調症。

### 二、現在病史與過去病史

個案為 70 歲，診斷為思覺失調症。根據其弟弟描述，個案於大學畢業後，曾短暫擔任藥師一年多，之後便賦閒在家。個案個性內向，原本與兩位患有精神疾病的妹妹同住。其中，患有躁鬱症的異卵雙生妹妹約於 15 年前過世，另一位診斷為思覺失調症的妹妹於 10 年前入住安養機構，之後個案開始獨居。個案約於 2006 年開始出現精神病相關症狀，包括被害妄想、關係妄想、怪異妄想、幻聽、自語及情緒焦慮害怕等。受症狀影響，患者逐漸退縮，社交及職業功能明顯退化，約於 10 年前因擔心被人下毒傷害，開始在外遊蕩居住，平日依靠弟弟的經濟接濟。後續因雙下肢蜂窩組織炎而被強制送醫，入住台大醫院精神科治療。經過治療後，蜂窩組織炎症狀明顯改善，但其精神病症狀仍持續存在。由於患者生活自理能力極差，且在外遊蕩風險高，因此被轉介至精神科接受長期治療。2013 年至 2018 年間，個案多次於本院住院治療，之後轉介至本院精神護理之家接受持續性照護。本次入院的主要原因為負性症狀明顯惡化，伴隨幻聽，並時常懷疑飯菜被下毒。由於原護理之家因整修問題無法提供照護，個案至本院急診求治，經評估後收治入院，進一步進行精神科治療。

### 三、個人發展史

個案主訴求學時成績都是中上，但個案並不滿意求學時的成績表現，覺得應該表現得更好。大學聯考考上北醫藥學系。求學時期個性內向、話少，較少與人互動，不愛與人交談。大學畢業後曾到私人醫院從事藥師工作一年多，一年多後離職，與同事相處普通，遇到困難時才會與同事互動。大學畢業後曾做藥師一年後離職，與同事相處普通，遇到困難時才會與同事互動。

依艾瑞克森心理社會發展理論，個案現 70 歲，為老年期，發展任務為統合與絕望。個體會開始規劃退休生活，並回顧過去的成就，評估是否圓滿，若能接納已實現與未達成的部分，便能培養自我價值感與接納感，從經驗中獲得尊嚴，不再害怕死亡，而將其視為人生的另一階段，進而實現自我完整性。當人生目標未達成且感到生活不如意時，會覺得失望，甚

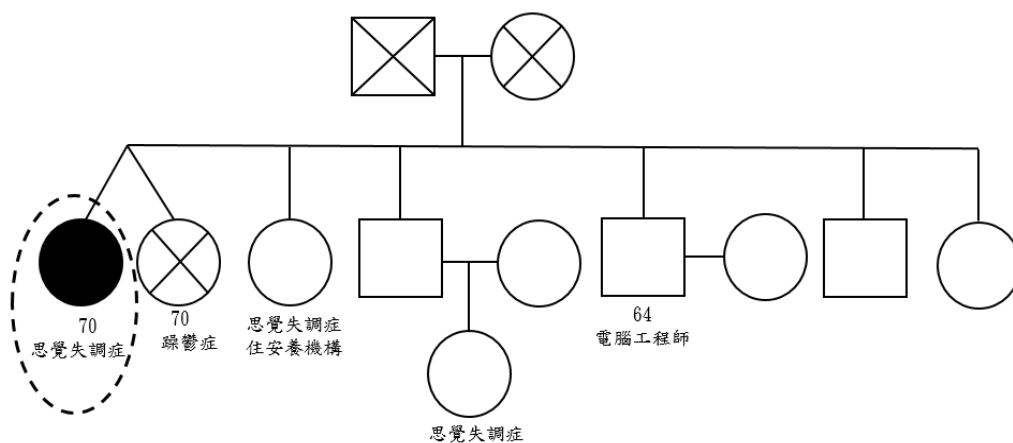
至陷入憂鬱與絕望。

#### 四、家庭評估

個案在家中排行老大，從小父母採權威式管教，求學期間對個案要求高。平時主要照顧者為二弟，二弟很少來探視，其餘兄弟姊妹皆各過各的較少聯繫，手足關係疏離。個案的異卵雙胞胎妹妹罹患躁鬱症，案弟的女兒、案父的表妹、個案的阿姨皆罹患思覺失調症(圖一)。

圖一

家族樹



#### 五、藥物治療

類別	藥物名稱/ 劑量/頻率/ 途徑	機轉	使用目的	副作用	護理措施	改善情形
BZD 鎮靜安 眠藥	Silence 1mg 1pc HS PO	BZD 藥物，增 加 GABA 濃 度。	治療失眠	1.嗜睡 2.眩暈	1-1 鼓勵白 天多活動， 避免長時間 臥床。 2-1 教導病 人起床動作 緩慢，避免 大動作移 動，採漸進 式下床。	個案在照護 期間情緒平 穩，半夜有 睡眠中斷、 早醒，未明 顯改善。
刺激型 瀉藥	Through 20mg/tab 3pc HS PO	增加腸蠕動與 促進液體蓄積 於大腸而產生	緩解便秘	1.腹部絞痛	1-1 記錄排 便次數應注 意質與量。	個案在照護 期間每天接 排便一次，



		緩瀉作用。				成行便，改善便秘情形佳。
BZD 抗焦慮劑	Ativan 0.5mg 1pc BID PO	BZD 藥物，增加 GABA 濃度。	緩解焦慮	1.嗜睡 2.運動不能	1-1 鼓勵白天多活動，避免長時間臥床。 2-1 注意步態，防跌倒。	個案在照護期間情緒皆平穩，已改善焦慮情形。
抗巴金森氏症藥	Amanda 100mg/tab 1pc BID PO	作用於腦幹背側的黑質體細胞，促進其活化，加速合成及釋出多巴胺，提高多巴胺濃度。	緩解 EPS 副作用(類巴金森氏症)	1.頭暈 2.失眠	1-1 教導病人起床動作緩慢，採漸進式下床。 2-1 固定每天就寢及起床時間。	觀察個案於照護期間走路成小碎步，錐體外徑副作用並未改善，續觀察。
降血壓藥	Norvasc 5mg/tab 1pc QD PO	鈣離子通道阻斷劑，作用於血管平滑肌而造成周邊血管阻力下降以及血壓下降。	治療高血壓	1.周邊水腫（例如腳踝和足部或四肢腫大） 2.心悸	1-1 評估四肢水腫情形。 2-1 評估心跳速率及規則性。	個案在照護期間血壓均介於正常值範圍，已改善高血壓情形。
抗巴金森氏症藥	Akinfree 2mg 1pc QID PO	作用於大腦的乙醯膽鹼及多巴胺的濃度回到平衡，進而改善帕金森氏症候群的肌肉控制能力，減輕肌肉震顫的情況。	緩解緩解 EPS 副作用	1.口乾 2.視力模糊 3.心跳過快	1-1 教導病人勤漱口或分多次喝少量開水。 2-1 告知病人此現象通常 2-6 週可改善 3-1 教導病人增加活動量，如每天散步 3 次，一次 15 分鐘。	觀察個案於照護期間走路成小碎步，用餐時拿筷子的手仍有輕微顫抖情形，錐體外徑副作用並未改善，續觀察。
補鉀	Const-K	用於治療低血	缺鉀補鉀	1.腹瀉	1-1 記錄排	觀察個案於

	750mg 1pc PO QD	鉀症。鉀離子是細胞內液主要的成份，負責細胞內外滲透壓之維持、電解質之平衡。補鉀幫助平衡電解質。		2.噁心、嘔吐	便次數應注意質與量。 2-1 加強口腔護理，選用病人已喜愛的口腔清潔液。	10/30 抽血數值 K 為 4.3mEq/L，正常值為 3.5-5.1mEq/L，改善情形佳。
第三代抗精神病藥物 (TGAs)	Abilify 5mg 1pc PO QD	多巴胺穩定劑:阻斷多巴胺之活性。	治療思覺失調症引起之負性症狀。	1.便秘 2.失眠 3.姿勢性低血壓	1-1 鼓勵病人增加液體之攝取量 2500-3000ml/day。 2-1 固定每天的就寢及起床時間。 3-1 教導病人起床時，動作宜緩慢。	觀察個案於照護期間負性症狀：情緒反應減少、情感平淡、社交退縮等症狀續存，續觀之。
(自) 抗巴金森氏症藥	Madopar (Levodopa 200mg+Benserazide 50mg)/tab 0.5pc TID PO	Levodopa：進入中樞後轉化為多巴胺，補充腦內不足，改善帕金森氏症狀。 Benserazide：抑制周邊多巴脫羧酶，減少 Levodopa 在周邊的代謝，提高中樞有效濃度，降低副作用。	治療帕金森氏症，緩解運動不能及僵直症狀	1. 噁心 2. 腹瀉 3. 睡眠障礙	1-1 加強口腔護理，選用病人已喜愛的口腔清潔液。 2-1 記錄排便次數應注意質與量。 3-1 鼓勵病人日間多與他人互動，避免日夜作息不正常	觀察個案於照護期間走路成小碎步，用餐時拿筷子的手仍有輕微顫抖情形，錐體外徑副作用並未改善，續觀察。

## 六、整體性護理評估

照護期間為 2024 年 11 月 25 日至 2015 年 12 月 19 日，精神科整體性護理評估作為評估工具，筆者藉由觀察、身體評估、會談溝通、護理紀錄及病歷資料收集，對個案進行整體性

評估，以確立健康問題，收集相關資料並分析如下：

生理層面	一般外觀	照護期間個案外觀穿著整齊、乾淨，打扮合宜，有眼神接觸，表情平淡。觀察個案右小腿有多處紅斑。
	營養	照護期間個案早餐皆可吃完院內餐，早上會醫院給的保久乳。午、晚餐青菜皆有吃完，白飯剩下 1/3，午餐可喝完湯及喝一瓶果汁，食慾良好。不吃豆芽菜、豆干、芥菜。11/27 身高 153.5cm，體重 49.6kg，BMI 為 21.0，屬正常範圍。體重較上週 49.25 多 0.35kg。口腔評估正常。
	睡眠	11/25-11/28 主訴：「晚上八點多睡，早上五、六點醒來，半夜會醒來 2-3 次。」、「早上睡醒還是很累。」、「昨天沒睡好，早上還是想睡覺。」住院期間個案睡眠時數約 6-7 小時，評估個案有睡眠中斷及早醒情形。個案目前有服用 Silence 1# PO HS，故有「失眠」之護理問題。
	排泄	11/26 主訴：「一天沒排便，但前一兩天大便量很多，平常排便約一天一次，咖啡色，成形便，量正常。」個案 11/26 一天未解便，目前藥物中有使用 Through 1# PO HS 來促進排便。個案每天都有將便當中的青菜吃完，攝取纖維素足夠，飲水量每天 1400c.c.，約兩小時排尿一次。
	活動	照護期間個案肢體活動量低，跳早操時偶爾跟著跳，平常偶爾在病房散步，肢體上活動量低，被動參與活動。11/27 運用簡易身體表現功能量表(Short physical performance battery,SPPB)，得分為 7 分。為跌倒高危險群，故有「潛在性高危跌倒」之護理問題。
	自我照顧能力	照護期間觀察個案可自行進食、穿衣、如廁、刷牙、洗漱、沐浴，評估自我照顧能力佳。11/27 運用巴氏量表（activities of daily living，ADL）評估為 100 分，完全獨立。
	生命徵象及相關檢驗	11/27 個案生命徵象體溫 36.2°C、脈搏 78 次/分、呼吸 14 次/分、125/75mmHg。本身有帕金森氏症、高血壓病史，有規律服用帕金森氏症及高血壓藥物。生命徵象結果皆為正常。
心理層面	情感與情緒	11/27-11/28 主訴：「因為今天早上抽血，我心情不是很好。我覺得只有 5 分。」、「我覺得有些事會讓我想比較多。」「就一些家裡的事，講話也不好聽。」住院期間觀察個案平時表情淡漠，但給予肯定時會有笑容，情緒皆平穩。但提及家庭話題時偶爾會皺眉。11/28 運用貝克憂鬱量表(BDI, Beck Depression Inventory)(Beck,1961)，得分為 13 分，屬正常範圍。
	調適機轉與防衛機轉	11/25-12/2 主訴：「我沒生病，我是進來治療高血壓的，治療好就可以出院了。」、「我吃很多藥，全部都是治療高血壓的藥。」、「我可能有生病吧，可能是因為以前會有點焦慮、高血壓、治療腳的傷口。」、「就一些家裡的事讓我心情不好。」、「看電視會讓我心情變好，心情不好看電視完就忘了。」、「講話不好聽我就不會理他，就自己消化。」分析個案的調適機轉為看電視，藉由看電視短暫轉移注意力，但此調適機轉無法有效解決個案的壓力。分析個案使用壓抑的防衛機轉，遇到不愉快的事選擇抑制不該有的衝動，壓抑自己的情緒。

智能層面	知覺	11/28 主訴：「我沒有聽到什麼聲音。」觀察個案住院期間無出現自言自語或東張西望之情形。
	思考	11/28-12/2 主訴：「之前有人想陷害我，他會趁我不在的時候去我房間摔我的杯子、把我的毛巾撕破。」、「他還去洗衣房偷我的衣服，害我沒衣服穿!」、「這是真的，我有跟護士說，他還被關去保護室。」，評估妄想症狀嚴重程度 6 分，堅信程度 8 分。分析個案有被害妄想的症狀，故有「妄想型思考障礙」之護理問題。
	認知	判斷力
		11/26 護生：「如果過馬路遇到紅燈你會怎麼辦？」個案：「紅燈要停。」評估個案判斷力正常。
		定向感
		1.人：評估個案對人有正確定向感。 護生：「你知道你的主治醫生叫什麼名字嗎？」 個案：「戴萬祥。」 2.時：評估個案對時有正確定向感。 護生：「你知道今天是幾年幾月幾日嗎？」 個案：「113 年 11 月 26 日。」 護生：「那現在是幾點幾分？」 個案：「十點二十分。」 3.地：評估個案對地有正確定向感。 護生：「你知道這裡是哪裡嗎？」 個案：「八里療養院。」 護生：「那你知道你住在哪間病房嗎？」 個案：「慢性病房 48 號。」
		記憶力
		1.立即記憶：評估個案立即記憶可。 護生：「我等下會講一串數字，你要重複一次。2357。」 個案：「2357。」 護生：「那剛剛那串數字倒著講是多少？」 個案：「7532。」 2.近期記憶：評估個案立即記憶可。 護生：「你記得你前一兩天有發生什麼事嗎？」 個案：「我昨天去看淡水馬偕看皮膚科。」 3.遠期記憶：評估病人遠期記憶可。 護生：「你還記得你大學讀哪裡？讀什麼科系嗎？」 病人：「我考上台北醫學大學藥學系。」
	注意力	住院期間觀察個案會談時能直視護生眼睛，吃飯時專注吃飯，可專注做一件事，注意力集中。評估病人注意力集中。
	計算能力	護生：「100 減 7 等於多少？」 個案：「93。」 護生：「93 再減 7 等於多少？」 個案：「86。」

		<p>護生：「86再減7等於多少？」</p> <p>個案：「79。」</p> <p>護生：「那79再減7等於多少？」</p> <p>個案：「72。」</p> <p>護生：「那72再減7等於多少？」</p> <p>個案：「65。」</p> <p>評估計算能力正常，個案可正確算出100-7達五次。</p>
	病識感	<p>11/28-12/2 主訴：「我不知道我為什麼住院，救護車把我載來的。」、「醫生沒有告訴我是什麼診斷，我不知道。」、「我覺得我可能有生病吧，以前會焦慮，可是現在不會焦慮。」、「我覺得我沒有心理跟精神上的病。」、「我應該是來治療高血壓跟腳上傷口的。」、「我不知道我吃的是什麼藥，醫生開什麼藥我就吃什麼藥。」、「吃藥時間到了我就會去找護士拿藥，不需要廣播。」、「吃藥之後讓我很想睡覺，我以前不會這樣，等我把高血壓治好，就可以出院了。」12/2 運用病識感量表(The Schedule for the Assessment of Insight, SAI) (David,1990)，分數為4分。分析個案無病識感，因個案缺乏病識感，且對疾病與藥物的錯誤認知，故有「健康維護行為能力失常」之健康問題。</p>
社會層面	自我概念	<p>11/27-12/4 主訴：「我的外表普通，是個平凡人，沒特別。我是短頭髮，會有義剪來剪頭髮。」、「我對我自己沒有很滿意，有時候會覺得自己沒什麼用處。」、「我覺得我沒什麼價值，因為在這裡什麼都要問過護士。」12/4 運用羅森伯格自尊量表(Rosenberg Self-esteem Scale,RSES)(Rosenberg,1989)，得分為26分，評估個案自我概念佳。</p>
	人際關係	<p>11/25-12/2 主訴：「以前有個人會趁我不在房間時陷害我，想摔我的杯子，撕破我的毛巾，我很生氣，不想理他。」、「他甚至還去洗衣房偷我的衣服，害我沒衣服穿。」、「我不喜歡與人講話。」、「有需要幫忙時我才會跟病友討論。」、「我以前就不喜歡講話，遇到問題才會找同學、同事討論。」、「以前的朋友我現在都沒連絡。」住院期間觀察個案很少與病友互動，喜歡獨處，被動參與活動。分析個案因發病後有被害妄想的症狀，擔心被陷害，因此社交較為退縮，故有「社交互動障礙」之護理問題。</p>
	角色功能	<p>第一角色：依艾瑞克森心理社會理論，個案現70歲的發展任務為統合與絕望。個體會開始規劃退休生活，並回顧過去的成就，評估是否圓滿，當回顧人生目標時，若能接納已實現與未達成的部分，便能培養自我價值感與接納感，從經驗中獲得尊嚴，不再害怕死亡，而將其視為人生的另一階段，進而實現自我完整性。個案自述對於生命的看法為平安活著，做好自己該做的事，不要被人害就好。符合此階段的統合。</p> <p>第二角色：12/3 主訴：「我覺得我沒有扮演好女兒，因為父母有狀況時我沒辦法幫忙。」、「我覺得我是老大我必須要負起照顧父母的責</p>

		任。」評估個案對自己身為女兒的角色不滿意。
		第三角色：12/2 主訴：「醫生開什麼藥我就吃什麼藥。」、「吃藥時間到了我就會去找護士拿藥，不需要廣播。」評估個案可配合服藥。
	支持系統	11/27-11/28 主訴：「我家人二弟很久才來一次。二弟在忙，我不想一直困擾他，心情不好自己消化就好。其他人都各過各的了，沒再聯絡了。」、「去馬偕看醫生時二弟會陪我搭公車去。」住院期間個案的經濟來源為二弟，若需到外院就醫時，案弟會陪個案搭公車去看醫生。平時二弟很少到醫院探視個案，很久沒有和其他兄弟姊妹聯絡。11/28 運用 APGAR 家庭結構功能量表(Smilkstein,1978)，得分為 6 分，為中度家庭功能障礙，顯示家庭支持功能不足。評估個案與家人關係疏離，故有「家庭支持不足」之護理問題。
	休閒活動	11/28 主訴：「平常喜歡看電視，偶爾散步。」、「在病房我們會分配打掃工作，我是擦櫃子的，我覺得做這件事會讓我心情變好，不會想其他東西。」、「我喜歡看電視，或者在房間走路。」「沒有很喜歡參加 OT，要跟人互動我沒有很喜歡。」觀察個案住院期間每天都會坐在椅子上看電視。因個案體重為 49.6kg，體重正常，為輕度工作所需 1488 大卡，故有「靜態生活型態」之護理問題。
靈性層面	人生觀	12/2 主訴：「我覺得人存在的意義就是做你該做的事。」、「活著平安就好，不要被人害就好。」評估個案人生觀受思覺失調症狀影響，將人生重點放於被害妄想的內容。
	信仰觀	11/28 主訴：「我是道教，一些特殊節日會去廟裡拜拜。」、「以前心情不好時就會去廟裡拜拜，拜完比較心情會比較好。」、「以前考試的時候也會去廟裡拜拜。」分析宗教對個案疾病無太大影響。
	自我超越	12/3 主訴：「我沒參加過公益活動，我想說自己把自己顧好就好。」住院期間觀察個案於住院期間不會主動幫助其他病友，評估個案無自我超越情形。
	自我改變	12/2 主訴：「我覺得我沒有心理跟精神上的病。」、「我應該是來治療高血壓跟腳上傷口的。」、「吃藥後讓我變得想睡覺。」評估個案無病識感，無改變動機。

## 七、確立健康問題

編號	健康問題/導因	訂定日期	截止日期
1.	健康維護行為能力失常/與對疾病與藥物相關知識不足有關	2024/12/02	迄今
2.	社交互動障礙/與疾病造成的症狀有關	2024/11/25	迄今
3.	失眠/與白天活動量少有關	2024/11/25	迄今
4.	靜態生活型態/與白天活動量少有關	2024/11/28	迄今
5.	妄想型思考障礙/與疾病影響所導致的妄想型思考有關	2024/11/28	迄今

6.	家庭支持不足/與家庭成員互動不佳有關	2024/11/27	迄今
7.	潛在性高危跌倒/與疾病造成的症狀有關	2024/11/27	迄今

## 八、護理措施與結果評值

問題	健康維護行為能力失常/與對疾病與藥物相關知識不足有關（於 2021 年 12 月 02 日訂定）
主客觀資料	<p>S1(11/28)主訴：「我不知道我為什麼住院，救護車把我載來的。」</p> <p>S2(11/28)主訴：「我應該是來治療高血壓跟腳上傷口的。」</p> <p>S3(12/2)主訴：「醫生沒有告訴我是什麼診斷，我不知道。」</p> <p>S4(12/2)主訴：「我覺得我可能有生病吧，以前會焦慮，可是現在不會焦慮。」</p> <p>S5(12/2)主訴：「我覺得我沒有心理跟精神上的病。」</p> <p>S6(12/2)主訴：「我不知道我吃的是什麼藥，醫生開什麼藥我就吃什麼藥。」</p> <p>S7(12/2)主訴：「吃藥時間到了我就會去找護士拿藥，不需要廣播。」</p> <p>S8(12/2)主訴：「吃藥之後讓我很想睡覺，我以前不會這樣，等我把高血壓治好，就可以出院了。」</p> <p>O1(12/2):運用病識感量表(The Schedule for the Assessment of Insight, SAI)，分數為 4 分。</p>
目標	<p>1.12/18 前個案能說出思覺失調症症狀至少兩項。</p> <p>2.12/18 前個案能正確說出規律服藥的好處至少兩項。</p> <p>3.12/18 前個案能說出目前服用藥物的外觀、作用、副作用及服藥時間至少兩項。</p>
護理措施	<p>1-1 運用治療性溝通技巧，主動關心個案，同理且傾聽其想法，建立良好護病關係（李，2021）。如：「你覺得今天心情如何？」、「昨天睡得好嗎？」</p> <p>1-2 幫助個案回顧過去及現在服藥的經驗(Chien,2015)。如：「以前都吃什麼藥？」、「那你生病幾年了？」、「你覺得對你有沒有效？」、「現在吃的是什麼藥？」</p> <p>1-3 傾聽個案對於藥物的擔憂(Chien,2015)。如：「什麼原因讓你有這樣的擔憂？」、「你覺得這些症狀是藥物的副作用，還是病情的變化？」</p> <p>1-4 使用標準評估表評估副作用對個案的痛苦程度以 0-10 分進行評估(Chien,2015)。如：「那你覺得副作用對你影響，0-10 分你覺得痛苦程度有幾分？」</p> <p>1-5 向個案澄清對藥物症狀及副作用的誤解(Chien,2015)。運用衛教單張衛教個案藥物作用及副作用，並幫助澄清、幫助個案建立正確觀念(何、陳、陳，2017)。</p> <p>1-6 使用標準評估表評估知識、態度和藥物依從性障礙。運用 David 所發展的病識感量表(The Schedule for the Assessment of Insight,SAI)來評估個案對疾病的察覺、治療的重要性及疾病辨識(David,1990)。</p> <p>1-7 指導個案有關精神疾病及治療所需的知識(Chien,2015)。向個案衛教思覺失調症的病因及症狀，提高個案對疾病的認知。如：病因為遺傳、大腦激素影響、環境壓力。症狀為幻覺、妄想、行為改變(許、楊，2019)。</p> <p>2-1 指導個案有關精神疾病及治療所需的知識(Chien,2015)。向個案衛教規律服藥的好處，培養正確認知。如：穩定情緒、減少症狀發生、避免病情復發(許、楊，2019)。</p> <p>2-2 鼓勵個案權衡治療的利弊，當自發性思考出現時，護生將專注於其優點。</p>

	<p>(Chien,2015)。當個案出現可正確回答服藥好處時，立即給予正向鼓勵，如：「你能跟我分享你對藥物的擔憂是很好的開始！」。</p> <p>3-1 <b>辨識服藥依從性的問題，並制定應對策略</b>(Chien,2015)。以自製的藥卡，教導個案認識 Silence、Ativan、Amanda、Akinfree、Abilify、Madopar 的外觀、作用、副作用及服藥時間，並請個案回示教，答錯時再重複衛教(許、楊，2019)。</p> <p>3-2 <b>鼓勵個案權衡治療的利弊，當自發性思考出現時，護生將專注於其優點。</b>(Chien,2015)。當個案出現可正確回答藥物之相關資訊時，立即給予正向鼓勵(郭、方，2016)。如：「你能清楚記住藥物的外觀和作用，代表你很認真聽！」</p> <p>3-3 <b>指導個案有關精神疾病及治療所需的知識</b>(Chien,2015)。利用每天給藥時間，協助個案服用藥物，並說明藥物種類及作用、副作用，讓個案了解自己服用的藥物，強化服藥的動機(陳、余、賴，2022)。</p>
結果 評 值	<p>1.12/11 衛教前個案自述覺得自己可能有生病，但不知道生什麼病，知道自己以前有吃血壓藥及 Silence，其他不知道，高血壓生病多年，精神科疾病生病兩年。吃藥後會覺得疲憊，但痛苦程度 0 分，覺得自己一定要吃藥，不吃藥會生病。協助個案回顧過去用藥情形，評估個案對疾病及藥物認知差。</p> <p>2.12/11 個案主訴：「思覺失調症會有幻覺、妄想的症狀。」、「我沒有幻覺也沒有妄想。」衛教後個案能正確說出兩項思覺失調症的症狀，但仍否認自己罹患思覺失調症，顯示個案對疾病的認知有部分提升。</p> <p>3.12/11 個案主訴：「每天吃藥可以讓我減少症狀發生，也可以讓病情不要惡化。」衛教後個案能正確說出兩項規律服藥的好處。</p> <p>4.12/12 個案主訴：「白色圓的 Silence 是吃治療失眠的藥物，睡前吃。」、「藍色圓的 Ativan 是吃焦慮的藥。」、「Akinfree 是白色圓的，也是吃走路前傾的藥，會有口渴副作用。」、「Abilify 是藍色橢圓的藥，治療思覺失調症的藥。」評估個案在衛教後對藥物的認知有提升。</p> <p>5.12/12 運用服藥學習單，內容包含「規律服藥的好處有什麼？」、「思覺失調症有哪些症狀？」、「目前服用的藥物是什麼顏色、治療什麼症狀、一次吃幾顆、會有什麼副作用？」後測分數為 70 分，改善程度優於前測 30 分，分數越高代表對疾病及藥物的認知在介入措施後有提升。</p> <p>6.12/12 運用 David 所發展的病識感量表(The Schedule for the Assessment of Insight, SAI)，後測分數為 6 分，改善程度優於前測 2 分，分數越高代表病識感越好，顯示個案的病識感在介入措施後有提升。</p>



## 九、討論與結論

本文描述一位因社交退縮，伴隨有幻聽及被害妄想的思覺失調症個案。運用整體性評估發現，個案有健康維護行為能力失常、社交互動障礙、失眠、靜態生活型態、妄想型思考障礙、家庭支持不足及潛在性高危跌倒的健康問題。由於個案否認自己有幻聽與被害妄想，拒絕接受思覺失調症的診斷，因此需優先協助其建立病識感。病識感指個案對於自身精神疾病的認知能力，包括意識到自己生病、將異常精神經歷（如妄想和幻覺）視為病理性，以及願意接受並遵從治療(David,1990)。思覺失調症患者的病識感不足會影響他們的醫療照護決策，導致較差的藥物治療遵從性，進而引起正性症狀增加及症狀復發風險的提升，同時也可能產生負面情緒，增加治療的困難(Lysaker et al.,2022)。因此，應優先針對健康維護行為能力失常進行積極介入，幫助個案理解疾病及其症狀對生活的影響，進而解決由症狀引發的其他健康問題。

針對健康維護行為能力失常，本文參考香港學者 Chien et al.(2015)一篇隨機對照試驗，此文獻透過為期六個月、共八次的會談，協助個案改善服藥依從性與對精神疾病的認知(Chien et al,2015)。運用遵囑治療方案的**辨識服藥依從性的問題，並制定應對策略**(Chien et al,2015)。本文介入措施運用自製的藥卡，教導個案認識目前服用藥物的外觀、作用、副作用及服藥時間，並透過個案回示教方式進行驗證，答錯時再重複衛教(許、楊，2019)，評值結果顯示，個案能正確說出 Akinfree、Ativan 及 Abilify 的外觀、作用及副作用，介入後發現個案對藥物的認知有明顯提升，與文獻提出可經由衛教增加藥物認知的研究結果一致(許、楊，2019)。

在執行衛教過程中，個案採用否定的防衛機轉，否認自己患有思覺失調症及曾有幻覺、妄想，顯示提升疾病覺察的護理措施執行上存在困難。根據 Chien et al.(2015)的文獻，動機性面談的介入效果需要較長時間才能顯現，且六個月的持續觀察才能充分評估個案服藥依從性與動機的改變(Chien et al.,2015)。由於本文僅照顧個案四週，建立治療性關係的時間有限，導致疾病覺察的提升效果受限制，短期內難以產生顯著改變。

儘管短期內疾病覺察未顯著改變，介入後已顯示個案對藥物的認知有所提升。根據香港學者 Chien et al.(2015)的文獻，延長護理時間並持續進行動機性面談將有助於更全面地改善個案的病識感及服藥依從性(Chien et al.,2015)。因此，建議延長護理時間並持續進行動機性面談，以提升個案的病識感，進而改善其他相關健康問題。

## 十、參考資料

- 何芳慈、陳靜芳、陳昱芬(2017)·照護一位缺乏病識感的思覺失調症病人之護理經驗·*澄清醫護管理雜誌*，13(1)，64-73。 <https://www-airitilibrary-com.cgust.idm.oclc.org/Article/Detail?DocID=18136702-201701-201701040017-201701040017-64-73>
- 李哲寬(2021)·運用 Watson 關懷理論於一位反覆入院雙向情緒障礙症病人之護理經驗·*長庚護理*，32(4)，118-127。 [https://doi.org/10.6386/CGN.202112\\_32\(4\).0011](https://doi.org/10.6386/CGN.202112_32(4).0011)
- 許佳茵、楊秋月(2019)·運用人際社會節奏治療於一位第一型雙相情緒障礙症躁期發作病人之護理經驗·*精神衛生護理雜誌*，14(1)，23-33。 [https://doi-org.cgust.idm.oclc.org/10.6847/TJPMHN.201906\\_14\(1\).03](https://doi-org.cgust.idm.oclc.org/10.6847/TJPMHN.201906_14(1).03)
- 郭曉倫、方茂守(2016)·首次住院思覺失調症患者之護理經驗·*華醫學報*，(45)，66-82。 <https://www-airitilibrary-com.cgust.idm.oclc.org/Article/Detail?DocID=P20151116003-201612-201701240014-201701240014-66-82>
- 陳曉琦、周汎皓(2010)·Watson 人性化關懷照護理論與 Swanson 關懷照護理論之比較·*護理雜誌*，57(3)，86-92。 <https://doi.org/10.6224/JN.57.3.86>
- 陳惠君、余文雯、賴美玉（2022）。一位思覺失調症病人之護理經驗。高雄護理雜誌，39(1)，94-105。 [https://doi-org.cgust.idm.oclc.org/10.6692/KJN.202204\\_39\(1\).0008](https://doi-org.cgust.idm.oclc.org/10.6692/KJN.202204_39(1).0008)
- Beck,A.T.,Ward,C.H.,Mendelson,M.,Mock,J.,& Erbaugh,J.(1961).An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*,4,561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*,16, 270. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0785-z>
- David A.S.(1990). Insight and psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*,156,798–808. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.798>
- Lysaker,P.H.,Weiden,P.J.,Sun,X.,O'Sullivan,A.K.,& McEvoy,J.P.(2022).Impaired insight in schizophrenia: impact on patient-reported and physician-reported outcome measures in a randomized controlled trial.*BMC psychiatry*,22(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04190-w>
- Rosenberg, M.(1989).*Society and the adolescent self-image*.Middletown,CT:Wesleyan University Press.
- Smilkstein ,G.(1978).The family APGAR :a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of family practice*,6(6),1231–1239.

## 護理紀錄

### 護理紀錄I

床號： 48 姓名： 鍾 OO 性別： 女 年齡： 70 診斷： 思覺失調症

日期	時間	記錄內容	輸入者
113/11/28	9:30	<p>個案外觀穿著合宜、乾淨、有眼神接觸，表情平淡。會談時態度合作。主訴今天心情為5分，看電視時可達7分。會談時注意力集中，說話速度慢、音量小、話量少、反應慢且動作減少，但會主動參與早操活動。主訴喜歡獨處，極少參與社交活動。觀察個案一整天獨處，少與病友互動。思考層面評估，個案自訴會覺得有人想趁她不在病房時陷害他，評估個案思考有被害妄想的情形。JOMAC 評估正常，可正確判斷遇到紅燈時不可過馬路。定向感可正確回答人時地。個案可正確覆誦數字 2537 及倒背數字 7352，評估立即記憶正常。個案可正確說出於 11/25 至淡馬皮膚科回診，評估近期記憶正常。個案可正確回答大學就讀北醫藥學系，評估遠期記憶正常。個案可正確回答老虎與狗的共通性為都是動物。個案可正確算出 100-7 達 5 次。個案自訴覺得自己沒有生病，只是進來治療高血壓的，評估個案無病識感。因個案有帕金森氏症病史，觀察個案行走時身體前傾成小碎步。觀察個案進食時拿筷子有輕微手抖情形。自訴食慾尚可，可將早餐完食，午餐及晚餐剩 1/3 白飯。</p>	SN 楊千慧

## 護理紀錄II

床號：48 姓名：鍾 OO 性別：女 年齡：70 診斷：思覺失調症

日期	時間	記錄內容	輸入者
113/12/03	9:50	<p>個案外觀穿著合宜、乾淨、有眼神接觸，表情平淡。觀察右小腿有多處紅斑。會談時態度合作。主訴今天心情為6分，看電視時可達8分。會談時注意力集中，說話速度慢、音量中、話量少、反應慢且動作減少，但會主動參與早操活動。主訴喜歡獨處，極少參與社交活動。觀察個案一整天都一個人獨處，少與病友互動。思考層面評估，個案自訴仍會覺得有人想趁她不在病房時陷害他，評估個案思考有被害妄想的情形。JOMAC 評估正常，可正確判斷遇到地震時需躲在桌子底下，並聽從護理師指揮逃生。定向感可正確回答人時地。個案可正確覆誦數字及倒背數字，評估立即記憶正常。個案可正確說出昨日午餐內容，評估近期記憶正常。個案可正確回答大學畢業後的第一份工作，評估遠期記憶正常。個案可正確回答火車與飛機的共通性為都是有輪子的交通工具。個案可正確算出 <math>100-7</math> 達5次。個案自訴覺得自己沒有生病，只是進來治療忘東忘西、高血壓及腳上傷口的，不知道自己吃什麼藥，評估個案無病識感。因個案有帕金森氏症病史，觀察個案行走時身體前傾成小碎步。觀察個案進食時拿筷子有輕微手抖情形。自訴食慾尚可，可將早餐完食，午餐及晚餐剩 1/3 白飯。</p>	SN 楊千慧

### 護理紀錄III

床號： 48 姓名： 鍾 OO 性別： 女 年齡： 70 診斷： 思覺失調症

日期	時間	記錄內容	輸入者
113/12/10	9:05	<p>個案外觀穿著合宜、乾淨、有眼神接觸，表情平淡。觀察右小腿有多處紅斑。會談時態度合作，予鼓勵時會有笑容。主訴今天心情為6分，看電視時可達8分。會談時注意力集中，說話速度慢、音量正常、話量中、反應慢且動作減少，但會主動參與早操活動，持續度佳。主訴喜歡獨處，極少參與社交活動。觀察個案一整天都一個人獨處，少與病友互動。知覺層面評估，個案自訴有幻覺情形，在病房會看到有眼睛的黑色怪物浮在眼前，最近出現兩次，上禮拜五有出現過一次。看到圖案時會想看清楚圖案內容，但大約一分鐘消失。自述若再有幻覺情形會跟護士說，評估個案有視幻覺情形。思考層面評估，個案自述不會覺得有人在針對他，不會擔心有人要陷害他。JOMAC 評估正常，可正確說出搭公車時要刷卡才能上車。定向感評估，可正確回答人時地。個案可正確回答立即、近期、遠期記憶。個案可正確算出 100-7 達 5 次。個案自述覺得自己有生病，但覺得無心理、精神疾病，但不知道自己吃什麼藥，評估個案無病識感。因個案有帕金森氏症病史，觀察個案行走時身體前傾成小碎步。觀察個案進食時拿筷子有輕微手抖情形。自訴食慾尚可，可將早餐完食，午餐及晚餐剩 1/3 白飯。</p>	SN 楊千慧

## 護理紀錄IV

床號： 48 姓名： 鍾 OO 性別： 女 年齡： 70 診斷： 思覺失調症

日期	時間	記錄內容	輸入者
113/12/16	9:25	<p>個案外觀穿著合宜、乾淨、有眼神接觸，表情平淡。觀察右小腿有多處紅斑。會談時態度合作，予鼓勵時會有笑容。主訴今天心情為6分，看電視時可達8分。會談時注意力集中，說話速度慢、音量正常、話量中、反應慢且動作減少，但會主動參與早操活動，持續度佳。主訴喜歡獨處，極少參與社交活動。觀察個案一整天都一個人獨處，少與病友互動。思考層面評估，個案自述不會覺得有人在針對他，不會擔心有人要陷害他。JOMAC評估正常，可正確說出地震發生時要躲在桌子底下，依照指令逃生。定向感評估，可正確回答人時地。個案可正確回答立即、近期、遠期記憶。個案可正確算出100-7達5次。個案自述覺得自己有生病，有高血壓及焦慮的精神病，否認有思覺失調症，引導下個案可正確回答自己服用的藥物，評估個案有部分病識感。因個案有帕金森氏症病史，觀察個案行走時身體前傾成小碎步。觀察個案進食時拿筷子有輕微手抖情形。自訴食慾尚可，可將早餐完食，午餐及晚餐剩1/3白飯。</p>	SN 楊千慧