

增進一位精神分裂症患者家庭調適能力之護理經驗

陳映綺¹、徐瑀謙²、陳貞如²

大千綜合醫院護理師¹、元培科技大學護理系講師²

本文為照護一位有妄想、幻聽症狀干擾之精神分裂症患者之護理經驗，護理照護期間為2009年1月14日至2009年2月3日。護理人員先以主動、真誠的態度，與個案建立良好的治療性人際關係，並經由整體性評估，發現個案有思考過程改變、感覺知覺改變與家庭因應能力失調等護理問題。護理過程運用認知行為治療相關概念，除協助個案因應護理問題導致的負面情緒外，並增進其自我管理能力，更進一步改善個案因妄想及幻聽症狀所造成的生活干擾。而透過家庭護理的概念，也協助家庭成員反觀自我，確認、開發並應用家庭資源，增加家屬的因應能力及增進家庭生活的新動力，並使家庭成員與個案發展出合宜的互動模式，正向期待個案重返家庭，進而提昇雙方生活品質。

關鍵詞:精神分裂症、認知行為治療、家庭護理。

壹、前言

精神分裂症是一種思考障礙疾患，其特徵為妄想、幻覺、解構的語言及混亂行為，導致患者社會角色功能缺失且導致家屬照護壓力的增加（American Psychiatric Association, 2009）。根據2008年內政部統計，台灣地區慢性精神病者高達1040585人，其中精神分裂症約佔疾病人數50-60%（內政部統計處，2008），研究顯示：精神分裂症急性住院佔58%，慢性住院者高達80%，且由於去機構化的潮流影響，精神病人度過急性期病程後，大多數會回歸家庭，而精神症狀慢性化需要長期復健治療的屬性，家屬反覆面對個案混亂和暴力行為，除高度照顧負荷負向經驗外，同時也意味家庭中重要的相關成員如父母、手足或子

女，須共同面對精神疾病的症狀，學習與患者一起生活（胡海國，2002；張依虹，1998）。本文個案由於妄想、聽幻覺等症狀而導致負向情緒，並於日常生活中與家人產生不良的互動，護理過程中透過認知行為治療的運用，增加個案對症狀自我管理能力的信心，並介入以家庭為中心的護理概念，協助個案與家人相互理解並進行良性溝通模式，促使個案能真正回歸家庭，並進而提昇雙方的生活品質。

貳、文獻查證

一、精神分裂症之特性

精神分裂症是一種嚴重及持續性的腦部疾病，它會造成精神病態行為、具體思考及訊息處理過程、人際關係和問題解決層面之困難（Stuart & Laraia, 2003），嚴重耗弱個體的精

收文日期：98年7月30日 接受日期：98年8月27日

通訊作者：徐瑀謙

新竹市元培街306號 元培科技大學 護理系

神狀態，會使個體在認知、情緒、社會功能呈現混亂 (Arinami, 2006)。根據美國精神醫學會診斷統計手冊第四版診斷標準，精神分裂症狀可以分為正向症狀 (妄想、幻覺、行為的紊亂等) 和負向症狀 (情感平淡、社會退縮、貧語症及自我照顧能力下降等) 兩大類，而妄想及幻聽則是個案為最常見的症狀，

此外，精神分裂個案常有感覺、語言、情感表達等方面的障礙，並且常對外界環境的判斷詮釋不正確，出現脫離現實及決策困難的情形 (Turkington, Dudley, Warman & Beck, 2004)。因此，在協助精神分裂症個案的過程中，護理人員不可忽略，其認知與知覺間的動態關係，對個案日常生活上所產生的影響。

二、認知行為治療

近年來，多項研究已證實認知行為治療能有效改善精神分裂症患者的妄想及幻聽，治療過程中首先與個案共同找出主要問題及想法，引導個案察覺面對壓力時產生的負向思考，提供症狀正常化的觀點，最後修正負向思考，教導個案選擇較理性、樂觀的想法並自行發展出替代信念，才能有效改善個案行為反應，故透過溝通技巧，逐步解析思考、情緒、行為的連結進而達到症狀的減輕 (Turking, Dudley, Warman & Beck, 2004; Zimmermann, Favrod, Trieu & Pomini, 2005)。而針對教導個案行為控制技巧，取代非理性的因應方式包含：分散對症狀的注意力，例如看電視、聽音樂、運動、散步等，鼓勵個案以其能接受方式宣洩其感覺，如語言、哭泣或體能活動等，保持舒適的身心狀態，例如放鬆技巧、或是對自己說正向鼓勵的話 (關可欣, 2008)。

三、家庭護理

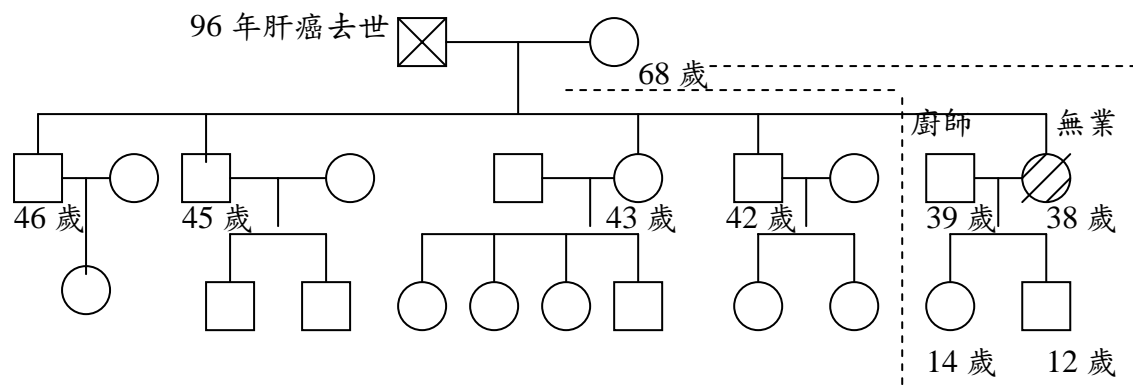
近年來，健康照護系統的型態已逐漸由以家庭及以社區為導向的照護模式取代了過去主要以醫院為基礎的照護服務，此種轉變的趨勢，使得家庭護理的概念逐漸重到重視 (Rayens & Svavarsdottir, 2003; 黃秀梨、戴玉慈、張媚、翁麗雀, 2007)。

影響家庭調適的五大要素與護理重點包括：(一) 家庭型態與功能 (二) 積聚的壓力源與需求 (三) 壓力詮釋與解讀 (四) 問題解決能力與調適策略 (五) 家庭資源 (McCubbin & McCubbin, 1993)。提供個案及家屬對疾病知識充份的瞭解、教導主要照顧者如何對個案疾病變化進行觀察、進行家庭評估、協助個案與家屬發展新的互動模式、提供個案與子女整合性服務、出院時提供家屬緊急求助的資源、轉介社區康復之家培養個案自我照顧、工作的能力等，都是護理人員於臨床情境中，針對家庭護理的概念下所能提供強化家庭的措施 (李美秀、蔡雲芳, 2002; Buccheri, Trygestad, Dowlin, Hopkins, White & Griffin, 2004)。

參、護理評估

一、個案簡介

顏小姐，38 歲，已婚，高職畢業。畢業後曾從事工廠會計小姐三年，現無業，無宗教信仰。個案父親 2006 年因肝癌過世；目前和先生、二個小孩及母親同住，顏小姐之家庭樹如圖一。



圖一 顏小姐之家庭樹

二、疾病史

個案於 27 歲開始出現妄想、幻聽、自言自語、失眠的症狀，抱怨婆婆欲對其不利，且認為老公有外遇擔心被遺棄的不穩情緒。當時在母親陪同下，曾至精神科求診，診斷為精神分裂症，之後同因妄想、幻聽、失眠等干擾而多次住院接受治療。此次入院原因為出現妄想、幻聽、無法入睡、夜間遊走且陸續與案夫發生肢體衝突，故由家屬帶入院接受治療。

三、整體性護理評估

護理期間 2009 年 1 月 14 日至 2009 年 2 月 3 日。運用觀察及會談等方式收集資料，依身體、情緒、智能、社會、靈性等五大層面進行整體性評估。

(一) 身體層面

個案外觀整齊，穿著合宜，個案認為自己外觀普通，日常生活可自理。入院檢查均正常，無內外科病史，剛入院時心跳 100 次/分，呼吸淺快約 26 次/分，在案夫和案母到來後，心跳和呼吸漸平穩。個案主訴營養方面，入院前三餐自行料理，住院期間身高 167 公分，體重 58 公斤，BMI：20.3 屬正常範圍；入院後，每餐可進食一個餐盒少挑食。排泄方面，每天解 1-2 次糞便，呈色黃、質軟並無解尿困難。

睡眠方面，個案入院前睡眠日夜顛倒，表示：

「晚上都沒辦法睡，躺下來就會聽到一些聲音，會胡思亂想，很煩只能睡 2-3 小時左右，白天精神差、很想睡覺，但白天睡覺媽媽都會一直罵。」1/14 剛入院夜間個案受幻聽干擾，干擾病室安寧，夜間多次入保護室。1/15 個案主訴：「我昨天睡覺時一直聽有一個男生在跟我說話，說有人會害我，我好害怕。」白天與個案交談時注意力不集中、一直打哈欠、外觀有黑眼圈，下午在看電視時坐著睡著。依醫囑睡前予 Stilnox 二顆和 Rivotril 一顆口服使用，幫助入睡，1/16 個案表示：「我昨天感覺有睡熟」，個案臉色紅潤，眼睛有神，1/18 個案表示：「昨晚睡的真飽」，白天精神狀況佳。活動與休息方面，入院前無特別活動與休閒，主要興趣為和家人爬山，入院後早上和下午均參加職能治療活動，個案表示：「平常在家都很無聊，來到這裡有活動我還滿喜歡。」

(二) 情緒層面

個案表示自己在住院前情緒很不穩定，但觀察個案在病房中情緒多平穩且遵從性佳，很少抱怨不適或主動尋求工作人員的協助。1/14 剛入院會談時較多話，表情顯淡默，但當談及幻聽時，會情緒激動的表示：「他們一直在耳

邊告訴我，我婆婆想要我老公跟我離婚，因為我有神經病，我老公現在有新的女朋友，他不要我了」，此時會出現音量變大、說話速度急促、眉頭緊縮及不安的表情。1/17 個案情緒平和的表示：「當他們一直和我說話，我會不理他們，跑去人多的地方」。

(三) 智能層面

知覺：1/14 案夫表示：「她在家中一個人自言自語、有時大聲罵，還會出現很奇怪的動作」，「入院前一個人的時候常會聽到有人會在她耳邊說話，說有人會害她，所以她很害怕」，個案除聽幻覺外並無視、觸、嗅等幻覺。思考：個案於會談中，思考較緩慢，但可正推理「如果失火要趕快報警」。當提到和婆婆相關的話題時，有明顯的被害妄想，1/15 表示：「我婆婆常去拜拜，所以她有法力，是她把我變成阿達」，1/16 個案主訴：「看到廟我會怕，因為婆婆是寺廟的弟子，它們給她法力，所以她才可以害我」，會談中多次主動談及婆婆要陷害她的想法，且出現說話速度加快、音量變大、神情不安及愁苦的神情。行為：1/16 觀察到個案獨自一人躲在角落，出現自言自語、神情緊張、不安、急躁之行為反應。判斷力：個案對一些生活事件的判斷反應正常；定向力：個案能正確說出居住地及現在住醫院名稱；記憶力：個案短期記憶力和長期記憶力皆正常；注意力：個案會談時大多能專注回答，但偶會出現停頓或受到外界干擾分心的情形，重複提醒後才能再集中注意力；抽象思考能力：能正確應答；計算能力：能做出正確計算，但速度會稍慢；基本知識：個案能正確回答現任總統是誰；病識感：個案表示：「這次住院是因為失眠，我知道自己患有精神分裂症這個病」，「在家我不想吃藥，吃完藥手會抖，我不想讓小孩

看到我吃藥，他們會覺得我有病」，顯示個案只有部份病識感。

(四) 社會層面

人際關係方面：個案表示：「平時都一個人在家，也沒有較好的朋友」，觀察到個案住院時，與病友互動時客氣有禮貌，說話聲音小聲，少有眼神接觸，1/19 表示：「平時都一個人，來到這可以結交朋友，我跟隔壁床的約好出院後一起去找工作」。入院期間，個案積極參與職能治療和支持性團體。家庭狀況方面：個案表示：「自小和母親關係良好。結婚後和婆婆全家人一起住，我生病後搬離婆家，母親不放心，後來搬來和我們一起住，主要照顧的人是老公」。1/14 個案表示：「我家的人都不喜歡我，因為我有病，在家一個人好孤單」。住院期間家人每 1-2 日來探望個案，大多提供日常必需品，互動平淡，短暫停留且鮮少交談，過程中個案表情淡漠。1/15 與案夫會談表示：「一開始以為是卡到陰，我和我媽一直帶她到很多寺廟拜拜，後來她卻說我媽有法力要害她、越來越嚴重，又說我有外遇，我一直忍耐，因為我知道她有病，直到她會打我，才趕快送她來醫院」。1/17 與案母會談表示：「她小時候很乖的，生病後一直要求好多事，我怕她生氣我都順她，勸她找工作，她就會兇我」。1/19 小孩來探望個案時，個案相當開心地拿水果跟餅乾給小孩吃，小孩表現的十分緊張，且害怕拒絕，此時個案神情落寞。1/20 個案主動表示：「我小孩昨天有來看我，我好開心，可是他們很怕我，都不敢接近我，我好難過，我該怎麼辦」？角色功能方面：個案目前角色分別太太、母親及病人，個案表示：「我沒有做好太太的責任，先生對我很冷淡，他不愛我了，我感到很無助」；在母親的角色方面「因自己

生病，小孩子對我很害怕，我好對不起他們」，「等我出院後，想找一份穩定的工作，可以養小孩」；病人角色方面，觀察此次住院能遵守病房的規範，並可接受按時服藥。

(五) 靈性層面

個案無宗教信仰。對於未來想法：「出院後，我要好好的重新開始，找一份穩定的工作定下來，我覺得要有一份穩定的工作，比什麼都重要」。在自我期許方面，個案表示「找到工作後，我會很認真，不會像以前一樣胡思亂想，做一天就不想做了」。

肆、問題確立

以上護理評估，確立以下三個主要健康問題：

題：

- 一、思考過程改變/與妄想性思考有關
- 二、感覺知覺改變/與無外在刺激但感受到知覺經驗有關
- 三、家庭因應能力失調/與疾病對家庭間互動有關

護理問題一：思考過程改變/與妄想性思考有關

護理目標：

- 1.短期：於一週內能願意和護理人員討論妄想內容。
- 2.中期：應用認知行為理論於二週內轉移其妄想性思考。

主、客觀資料	護理措施	評值
S1:1/15「我婆婆常去拜拜她有法力，是她把我變阿達」。 S2:1/16「看到廟我會怕，婆婆是寺廟的弟子，它們給她法力，所以她才可以害我」。 O1: 多次主動談及有關婆婆要陷害她的內容。 O2: 個案會談時提及妄想內容時說話速度加快、音量變大、神情不安、表情愁苦。	1-1 每日探視個案，以真誠的態度與個案建立信任的治療性護病關係。 1-2 傾聽個案妄想內容，鼓勵個案說出內在的害怕、緊張、焦慮及不安等。 1-3 了解個案當時的感覺並予傾聽及接納。 1-4 當個案表達妄想內容時不與之爭辯，接納個案受到症狀干擾時之情緒反應，且明確告訴他病房是安全的環境。 2-1 安排個案參與治療活動。如：支持性團體、團體治療，引導個案與病友間討論妄想內容，增加個案與現實情境之接觸。 2-2 利用真實的事物，引導個案對其妄想存疑，澄清妄想和事實的差異，協助現實的判斷力。 2-3 引導自我察覺妄想導致的負向影響，增強妄想因應能力的學習動機。 2-4 介紹預定計劃出院的正向病友，藉以分享良好經驗處理方法。 2-5 當個案受妄想干擾時，教導個案如：看電視、聽音樂、運動等活動，以分散注意力並停止個案持續陷入妄想思考模式。 2-6 教導個案每日紀錄受到症狀干擾時之想法、感受等。	短期： 1/17 會談時個案反覆訴說被婆婆陷害的事，予以接納並同理其感受，但不與之爭辯，並提供事實。 1/19 每個人都有不同的想法，我不需要認同，因為這是不切實際。 1/22 個案表示：「有時自己會亂想，現在我都不去理那些事了，不會在亂想也不會害了」。 中期： 1/19 個案在抱怨被害感後，可以接受建議，使用運動來緩解。 1/20 個案表示：「當我在亂想時，護士叫我參與治療活動，後來就沒在聽到，以後我要多參加治療活動」。 1/22 個案於會談時神情輕鬆表示：「有時自己會胡思亂想，現在我都不去理那些事了，不會再亂想也不會害怕了」。 1/24 「我覺得不去想那麼多後比較好，之前會那樣想，應該是和生病有關係。」 1/31 個案練習聽音樂、跟著唱歌，神情輕鬆。

護理問題二：感覺知覺改變/與無外在刺激但感受到知覺經驗有關

護理目標:

- 1.短期：當出現幻聽干擾時，能在住院一週內主動尋求護理人員協助。
- 2.中期：能在入院二週內，嘗試使用認知行為控制技巧轉移幻聽。
- 3.長期：於出院前能利用至少三種方式處理幻聽。

主、客觀資料	護理措施	評值
<p>S1:1/14 剛入院會談時言語多話、表情淡默，談到幻聽時，會情緒激動表示：「現在他們一直在耳邊告訴我，我婆婆想要我老公跟我離婚，因為我有神經病，我老公現在有新的女朋友，他不要我了」。</p> <p>S2:1/15 會談時個案主訴：「我昨天睡覺時一直聽有一個男生聲音在跟我說話，說有人會害我，我好害怕」。</p> <p>O1:1/14 案夫表示：「她在家中，莫名奇妙的一個人自言自語、有時大聲罵，出現很奇怪的動作」、「她住院以前一個人的時候，常會聽到有人在她耳邊說話，說有人會害她，所以她很害怕。」</p> <p>O2:1/14 夜間個案受幻聽干擾，干擾病室安寧，夜間多次入保護室。</p> <p>O3:1/16 觀察到個案獨自一人躲在角落，自言自語、神情緊張、有不安、急躁之情緒反應。</p>	<p>1-1 採陪伴、傾聽、同理之態度與其建立護病關係。</p> <p>1-2 評估個案夜眠情形，必要時依醫囑給予用藥協助並於夜間入保護室。</p> <p>1-3 隨時觀察個案受幻聽干擾之徵象，當個案受幻聽干擾時，明確告訴個案，護理人員並未聽到，並協助其區辨幻聽與真實情境的不同。</p> <p>1-4 鼓勵個案參與病房活動以培養規則之生活作息。</p> <p>1-5 鼓勵個案表達其內在真正的感覺與情緒。</p> <p>2-1 教導個案記錄幻聽發生時間、頻率、內容及行為。</p> <p>2-2 教導個案幻聽干擾時，藉由看電視、聽音樂、找護理人員談一談，轉移注意力。</p> <p>2-3 鼓勵個案以其能接受的方式宣洩其情緒，如大叫、哭泣或體能活動。</p> <p>2-4 引導個案使用收集資料的方式，以幫助其對更能釐清事實，促進個案自我管理幻聽干擾能力，並協助個案解決問題。</p> <p>2-5 依醫囑給予抗精神病藥物，並觀察服藥後的反應。</p> <p>3-1 鼓勵個案與病友間互動，減少個案單獨的機會。</p> <p>3-2 和個案共同評估，在幻聽當下運用何種方法最為有效。</p> <p>3-3 安排個案做一些服務性的工作如擦桌椅等，有助於轉移對症狀注意力並增加個案自我價值。</p>	<p>短期:</p> <p>1/16 個案主動至護理站要求與護理人員討論幻聽干擾之不適感受。</p> <p>中期:</p> <p>1/18 個案向護理人員主訴：「那聲音又來了，我現在要去運動」，約 10 分鐘後干擾減輕。</p> <p>1/19 個案表示：「我現在要去聽音樂，緩解那怪聲音，約 15 分鐘表示幻聽消失。」</p> <p>1/20 個案表示：「我會用看電視來緩解那聲音干擾，現在那聲音很少出現了。」</p> <p>長期:</p> <p>1/27 個案在團體治療中與其它病友分享，以隨身攜帶小筆記，提醒干擾出現時可使用的方法。</p> <p>2/1 個案表示：「當他們一直和我說話，我會不理他們，跑到人多的地方。」</p> <p>2/2 個案表示：「每天練習聽音樂、唱歌，那聲音就不見了」。</p>

護理問題三：家庭因應能力失調/與疾病對 相處的感受。

家庭間互動有關

護理目標:

- 1.短期：入院二週內，家屬能表達與個案

- 2.長期：出院前家屬可理解並運用合宜的互動模式因應個案的症狀及情緒。

主、客觀資料	護理措施	評值
<p>S1:1/14 與個案會談時表示：「我的家人都不喜歡我，因為我有病，在家一個人好孤單」。</p> <p>S2:1/14 會談時表示：「在家我不想吃藥，吃完藥手會抖，我不想讓小孩看到我吃藥，他們會覺得我有病」。</p> <p>S3:1/15 與案夫會談表示：「一開始以為是卡到陰，我和媽一直帶她到很多寺廟拜拜，後來卻說我媽有法力要害她」、「後來她越來越嚴重，一直說我有外遇，我都一直忍耐我知道她有病，然後到了會打我，才趕快送來醫院」。</p> <p>S4:1/17 與案母會談表示：「她小時候很乖的，生病後一直要求好多事，我怕她生氣我都順她，勸她找工作就會兇我」。</p> <p>S5:1/20 個案主動表示：「我小孩昨天有來看我，我好開心可是它們會怕我，都不感接近我，我好難過我該怎麼辦？」</p> <p>O1:個案住院期間家人來探望時互動平淡，個案表情冷漠，家人很匆促的結束探望時間。</p> <p>O2:1/19 觀察到小孩來探望個案時，個案過度客氣拿水果小孩吃，小孩神情緊張、害怕的拒絕。</p>	<p>1-1 與個案家屬建立信任關係，並表達對個案的關心。</p> <p>1-2 傾聽家屬的情緒，幫助引導情緒的抒發，並了解家人對個案的感受。</p> <p>1-3 引導家屬表達彼此因疾病所帶來的衝突與想法、負面情緒的宣洩，並鼓勵苦難意義的追尋。</p> <p>2-1 增加探視及陪伴、對案夫傳達關心及讚賞其付出，必以開放的態度，接受案夫的言行與表達。</p> <p>2-2 每一個禮拜和家屬約定討論治療計劃並向家屬提供有關知識，如疾病的成因和治療以及相關服務資源。</p> <p>2-3 協助夫妻認識現行溝通與傷害，引導思索良性溝通的重要性與適切表達方式。</p> <p>2-4 藉由衝突機會的發生，適時引導夫妻，澄清彼此認知差異與期望並重組信賴。</p> <p>2-5 適時邀請子女參與會談，鼓勵子女表達與個案生活之經驗。</p> <p>2-6 提供子女個別護理。如：解釋藥物的作用與副作用、同理支持、角色扮演、提供醫療訊息等。</p> <p>2-7 藉由支持性為主的家庭溝通會談，協助子女表達、釐清感受、促成與個案的直接溝通，進一步改善親子互動。</p> <p>2-8 運用不同的工作坊讓家屬能更多的行動力，如康復之友推行的「家連家精神健康教育計劃」。</p> <p>2-9 鼓勵參加家屬間座談會，與其他家屬分享經驗。</p> <p>2-10 提供家屬緊急求助的資源，教導家屬在個案出院後出現症狀干擾或暴力行為時的處理方法。</p> <p>2-11 出院時轉介社區康復之家，透過專業人員的訓練及協助下，如培養個案自我照顧、工作和與家人相處上的能力。</p>	<p>短期：</p> <p>1/21 案夫表示：「昨天看小孩那樣對待她，我想我們這家以後還是很難相處，希望我們能共同重新學習相處」。</p> <p>1/24 案母表示：「今天看到她會笑了，表情和善很多，沒那麼可怕，她還告訴我以後找到工作會認真，不會像以前一樣做一天就不想做」。</p> <p>1/25 案夫表示：「現在她打電話次數較有控制，也不會一直抱怨了」。</p> <p>1/26 子女參與會談時表示：女兒表示：「她那時候和平常不一樣，就一直睡，後來才知道她生病了，以前會去排斥精神病，現在媽媽得了這種病，剛開始會覺得怪怪」。</p> <p>兒子表示：「一開始不懂精神病，只知道媽媽看起來怪，整個人和以前不一樣，樣子很可怕」。</p> <p>長期</p> <p>1/27 案夫和小孩參與座談會，個案對家人能一起參與感到很高興。</p> <p>2/1 案夫表示：「現在知道個案的想法與我們溝通方法有關，平常讓她孤單一人，我不會在對她不理不睬」。</p> <p>2/2 個案與全家人一起到郊外走走，個案返回時主動表示：「我今天玩的好開心，小孩們不會像之前那樣看我了」。</p> <p>2/3 案女兒向護理人員表示：「媽媽快出院了，回家後我會叮嚀她吃藥」。</p> <p>2/3 案兒子表示：「媽媽回家後我會多陪陪她，放學馬上回來陪她，跟她聊天、陪她出去散步」。</p>

伍、討論與結論

面對為一位有妄想及幻聽症狀的精神分裂症個案，護理初期與家人討論個案之生活經驗，發現家人因為無法因應疾病症狀而陷入困境，且子女在個案發病時，也毫無心理準備便需面對，其所感受到的高度壓力及無力感可想而知。藉由運用認知行為治療，增進區辨症狀與現實差異的能力，並覺察症狀出現時自我情緒的轉變，進而引導個案掌握自我管理的信心與能力，過程中並介入家庭護理的概念，使家庭成員能藉由正向溝通，坦承彼此間相互的疑慮、愧疚、愛意與感謝，重新接納並認識病人角色的，其中最令護理人員感到欣慰的是，子女於護理人員的引導下嘗試調整與母親的關係，關心母親疾病現況及藥物的效果。期望此照護經驗，能提供精神科護理人員面對臨床個案的參考。

參考文獻

內政部統計處 (2008, 3月3日)·97年底身心障礙人數統計·2009年5月18取自
<http://www.moi.gov.tw/stst/index.asp>
李美秀、蔡雲芳 (2002)·精神分裂症幻聽症狀自我處理技巧之初探研究·*醫護科技學刊*, 5 (1), 45-53。
關可欣 (2008)·精神分裂症及其他精神症狀

的治療與護理·於關可欣總校閱，*精神科護理學* (265-283頁)·台北：新文京。

胡海國(2002)·精神分裂症之社區流行病學·*當代醫學*, 29(9), 717-727。

張依虹 (1998)·家屬面對精神病患暴力行為因應之研究·未出版的碩士論文，台北：東吳大學社會工作研究所。

黃秀梨、戴玉慈、張媚、翁麗雀 (2007)·家庭研究相關議題探討·*護理雜誌*, 54 (3), 69-76。

Stuart, G. W., & Laraia, M.T. (2003). *精神科護理學* (王美業、王必華、巫慧芳、林青蓉、邱淑貞、洪翠妹等譯)·台北：五南。(原著出版於1998)

Arinami, T. (2006). Analyses of associations between the genes of 22q11 deletion syndrome and schizophrenia. *Journal of Human Genetics*, 51, 1037-1045.

American Psychiatric Association. (2009). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed). Washington, DC: APA.

Buccheri, R., Trygestad, L., Dowlin, G., Hopkins, R., White, K., Griffin, J., et al. (2004). Long-term effect of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory of hallucinations.

- Journal of Psychological Nursing & Mental Health Services*, 42(1), 18-26.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with illness: The resiliency model of family stress adjustment and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell, and P. Winstead-Fry (Eds.). *Families health and illness*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., Macfarlane, P., & Bowersox, N. (2006). Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illness : Demographic and clinical history predictors. *Health and Social Work*, 31(2), 99-108.
- Polkki, P., Ervast, S. A., & Huupponen, M. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39(1-2), 151-163.
- Rayens, M. K., & Svavarsdottir, E. K. (2003). Focus on research methods. A new methodological approach in nursing research: An actor, partner, and interaction effect model for family outcomes. *Research in Nursing & Health*, 26(5), 409—419.
- Turking, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, P. (2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia : A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(1), 5-16.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, H. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A metaanalysis. *Schizophrenia Research*, 77(1), 1-9.

Nursing experience in patient with schizophrenia to enhance the ability of family coping skills

Yin-Chi Chen¹, Yu-Chien Hsu², Chen-Ju Chen²

Dachien Hospital¹, Lecturer, School of Nursing, Yuanpei University²

This nursing care experience regards to a patient suffering from delusion and auditory hallucination. After establishing therapeutic relationship and applying nursing assessment with the patient, 3 major nursing problems were identified: altered thought processes, sensory/ perception alternation, ineffective family coping. Cognitive-behavior concepts were used to improve client's negative emotional problems, enhance the self-management ability, and reduce life disturbance effectively. After employing family nursing care concepts in the nursing care plan, we improved the family members' coping skills and positive interaction. Positive attitude toward subject returning home and high quality of life was found in the family.

Key words: Schizophrenia, Cognitive behavior therapy, Family nursing care

Received: Jul, 30, 2009

Accepted: Aug, 27, 2009

Address correspondence and reprint requests to: Yu-Chien Hsu, Lecturer, School of Nursing, Yuanpei University

E-mail : hyclovely@gmail.com