

運用行為修正方法增進一位思覺失調症患者的健康維護能力

吳瑋庭¹ 陳杏佳²

摘要：本文目的在運用行為修正方法中的正向增強原則，協助一位思覺失調症患者增進其自我的健康維護能力。護理照顧期間從2011年3月22日至4月12日，使用身體、情緒、智能、社會及靈性五大層面評估，發現個案除了有思想過程紊亂、感覺與知覺紊亂的護理問題，因為精神症狀干擾、注意力缺乏和時間控管能力差，無興趣改善健康行為且無法負責維護個人基本健康，呈現無效性健康維護能力的護理問題。個案經藥物治療與團隊照顧後，思想過程紊亂、感覺與知覺紊亂的護理問題已獲得初步緩解，進一步藉由行為修正技巧，使用代幣制策略，與家屬和醫療團隊共同合作，以外出及口頭讚賞作為增強物，快速改善其無效性健康維護能力的問題。個案因此可主動執行正常作息項目和自我獨立負責維護基本健康。希冀提供此一成功經驗作為護理照護之參考。

關鍵詞：思覺失調症、行為修正、行為約定、健康維護能力。

前言

歷年來台灣的思覺失調症盛行率為千分之三 (Yang, Yeh, & Hwu, 2012)。思覺失調症患者常出現負性症狀及認知、情緒、社會功能下降，如缺乏動機、注意力及判斷能力不佳；另外也會伴隨異常思考及行為，影響其個人缺乏自我照顧能力與健康行為 (黃、劉、劉、謝、簡、胡，2011)。尤其在急性病發住院期間，缺乏現實感，理解能力受到限制，較難使用認知治療法 (吳、何，2009)。文獻顯示以行為契約和運用增強物為主的行為修正法，在協助正性症狀緩解之後的精神疾病患者有其效果，包括改善他們的日常生活能力、社交行為、暴力行為、治療遵從性、疾病症狀和工作技能等 (Miltenberger, 2012)。國內也陸續有一些個案報告呈現 (黃、曾，2006；陳、黃，2010；謝、康、林、陳、謝，2007；熊、

葉、楊，2013)，分別聚焦於自我照顧能力、社交技巧和不當的健康相關行為問題，但目前尚未針對執行行為修正後，快速於一週左右明顯改善其無效性健康維護能力 (ineffective health maintenance ability) 之成功個案。因此希望分享此成功的個案經驗供護理人員作為參考。

文獻查證

一、思覺失調症與無效性健康維護能力問題

世界衛生組織 (2008) 指出思覺失調症是嚴重的精神疾病。研究追蹤發現有 60% 的思覺失調症患者出院之後日常生活執行功能的發展不佳，能維持原先功能的只有 14% (張、胡、葉、張，1995)。患者時常會有退縮、退化、缺乏自我照顧能力等負性症狀以及情緒不穩的狀況，需要依賴別人完成日常生活照顧及個人衛生 (Eklund, Backstrom, & Hansson, 2003; Holmberg & Kane, 1999)。

無效性健康維護能力的問題，其定義性特徵包括缺乏對環境改變的適應行為、缺乏基本健康維護知識、無興趣改善健康行為、缺乏健康尋求行為之經歷、無法負責維護個人基本健康或支持系統有障礙等狀況 (North American Nursing Diagnosis Association International, 2009/2009)，比自我照顧能力缺失針對的日常基本生活項目，涵蓋的範圍更大，焦點在健康促進與自我管理。思覺失調症患者由於認知的障礙、無法作適當的判斷和個人因應能力失調等因素影響，因此如何增進其健康維護能力成為他們在住院階段或回歸社區時很重要的照護需求 (鍾、謝，2011；Schmutte et al., 2009)。

¹臺灣大學護理學系畢，臺灣大學心理所 ²臺灣大學護理學研究所博士、臺灣大學護理學系所助理教授
通訊作者地址：陳杏佳 10051台北市仁愛路1段1號臺灣大學護理學系
電話：(02) 2312-3456—88902

二、行為修正和應用

行為修正是一種改變行為的技巧，運用增強原則(reinforcement)，可以改善個案有問題的目標行為及增加其適應行為。增強原則可分為正向增強(positive reinforcement)及負向增強(negative reinforcement)。在正向增強物中，有初級增強物、次級增強物和社會增強物。而代幣制(token economy)即屬於使用次級增強物的一種策略，可以提升動機。如果目標行為無法達成，則可先降低正向增強物給予標準；若是目標行為可以達成，則漸漸提升增強物給予的標準，或是拉長給予的時間間隔，漸漸讓自然的增強物得以取代(Berni & Fordyce, 1977)。

行為修正法的概念架構包含認知重建、自我監測、刺激控制三個層面。執行行為修正時是配合個案的意願與認知程度，選定增強物並控制給予標準，以提升個案動機並增加對自我監測能力，包括自我照顧項目(孫等人, 2007)。執行前，應先篩選個案及評估行為問題、建立問題行為的基準點、了解個案及家屬之期望、討論與說明執行之方法及目的、取得醫療團隊共識後共同擬訂目標行為及增強物給予標準，訂定行為契約(behavioral contract)、訂定個別性的護理目標。執行過程必須要不斷依照實際狀況而進行修正，才能夠符合個案的需求並且達到目標。精神病患因思考過程與內容的障礙使內在控制變差，因此在疾病復原過程中更需要外在環境加諸必要之引導，以減少行為問題，並學習新的適應行為，增加社會化與復健成效。

個案簡介

一、個人基本資料、成長史與家庭狀況

謝小姐，28歲，大學畢業，目前無業與爸媽同住，未婚，篤信佛教。個案家族屬小家庭。主要照顧者為父母，父親(64歲)任教於某科技大學，母親(61歲)為家管。個案從小就跟父母親的關係不好，尤其母親一直以來對個案有很高的期待與要求，因此個案對母親是又愛又恨；個案住院時常常大聲責罵母親。有一位姊姊(30歲)學業表現優異，於私人資訊公司上班，未與家人同住。無精神疾病家族史。

二、個人疾病史與治療狀況

過去無其他內外科疾病史，無酒精藥物濫用史。原本個性外向，於國內某私立大學傳播科學系就讀

時，課業成績表現良好，而且參與合唱團並擔任幹部。但在2004年(21歲)大二時，學業成績開始下滑；家人開始發現個案有情緒易怒，出現跟自己說話與傻笑的現象，以及懷疑別人在看她或講她壞話。於是到門診就醫，懷疑是思覺失調症而持續追蹤；但因為個案覺得吃藥會讓頭腦遲鈍，所以藥物遵從性始終不好。2010年6月，個案自行停藥，中斷門診追蹤。2011年1月，家人發現個案症狀復發嚴重，會聽見鄰居講話的聲音，且覺得鄰居在監視她，因此於2月21日入院，診斷為思覺失調症。入院初期藥效反應差，症狀無改善，與醫療人員的互動多抱持懷疑的態度，不願意配合醫療，為病房超長住院之討論個案，經過調藥後，幻聽及妄想之正性症狀於住院第5週開始好轉，因此在3月22日至4月12日介入行為修正之照護以進一步改善健康維護能力。

護理評估

以身體、情緒、智能、社會和靈性五大層面評估個案的狀況，結果如下：

一、身體層面

個案身高153.5公分，體重為65.4公斤，BMI值為27.8，屬於輕度肥胖。蓄黑色短髮，前有瀏海，配有近視眼鏡。意識清楚。飲食習慣喜好澱粉類甜食，不愛吃正餐。個案注意力易分散，時間控管能力差，容易拖延數小時去完成自我照顧項目，包含梳洗、用餐和吃藥，需旁人重複協助提醒，無法主動且獨立地完成健康維護行為。這些臨床狀況包括：到吃藥時間尚未吃飯，到睡覺時間尚未洗澡，要就寢時才要洗澡，又時常洗澡超過一個小時，造成其他同寢病人抱怨睡眠休息受干擾。床邊物品凌亂散放，床旁櫃抽屜放置已用過不乾淨的塑膠袋，無收拾習慣；用餐時常會突然起身為了尋找私人物品而中斷，例如：到處問「我的手機呢？你有看到我的手機嗎？」，造成早餐拖延至中午仍未吃完，三餐因而不定時，也曾兩次因尋找物品打翻尚未吃完的伙食與湯汁，造成環境上髒亂與跌倒的風險。個案主訴睡眠品質差，早上起床後精神仍不佳，觀察發現個案時常會去躺床休息，時數長約10小時，晚上到很晚都無法入睡，需使用藥物輔助入眠，形成不良循環。住院期間無運動習慣，表示對活動沒有興趣，即使積極邀請個案參與病房內的活動，也抗拒參與，但整日顯得忙碌，

到處走來走去，找東西。

二、情緒層面

個案單獨一人於房間時常癡癡傻笑，與別人互動時容易突然生氣，常使用情緒強烈的字詞溝通，情緒變化大，在團體中則表現過份活潑。另外，個案對自己住院感覺不佳，表示住院時間越久反而會讓自己狀況越不好，擔心自己無法出院，因此常顯不耐煩。同時，個案認為從就讀的學校就能夠判定一個人聰明與否，喜歡拿學歷作比較，且視其姊姊為競爭和壓力來源，自覺能力比姊姊差；對女性護理師和筆者可能有情感轉移，曾對筆者說過：「我覺得你跟我姐一樣，講話都好無趣喔」，而對筆者有些問話會突然轉變情緒而不理會。

三、智能層面

個案住院初期對抗精神病藥物反應差，精神症狀如聽幻覺、被害妄想干擾嚴重，懷疑對方不相信她所說的話，或是懷疑對方的動機，個案主訴：「你到底是要害我還是要幫我？」；也有身體妄想，有時語無倫次、答非所問，但無自殺意念。定向力、記憶力、抽象思考正常，但計算能力會因注意力不集中，偶會算錯。經過藥物調整5週後，精神症狀稍見緩和，但說話時仍顯沒有耐性，一直要起身離開。個案病識感有限，不積極吃藥，會以各種理由拖延，護理人員需要花很多時間說服她服藥，並常常質疑藥物的來源：「你這個藥是誰開的？是郭醫師開的嗎？」。

四、社會層面

住院過程中，父母親早上輪流於病房照顧個案，有良好的支持系統；與姊姊關係較疏離，偶而探視。以前的同學和朋友偶會來探望她。有時候對醫護人員很友善，會想要一起分享食物，有時候卻顯得冷漠，或言語攻擊，情緒變化大。因幻聽干擾嚴重，整體功能評估(Global Assessment of Functioning; GAF)為51-60分；在社會職業功能有中度困難。

五、靈性層面

個案覺得宗教給她一種安全感，不管是與家人出門或是獨自在病房，都希望能夠有平安符或是頌唸法號，會使她感到平安。

整體而言，個案住院前藥物不遵從的問題已不明顯，在經過五週調整藥物的醫護照顧後，思想過

程紊亂、感覺與知覺紊亂的護理問題(正性症狀)開始趨於緩和；但仍存在個人單位環境衛生不良、個人衛生不良及健康活動不遵循三大問題，包括床邊物品凌亂(造成花費許多時間找東西、湯汁撒地上)、睡眠休息時數長(但全天精神仍差，且需要依賴安眠藥)、拖延自我照顧(三餐不定時，忽略執行自我基本健康維護)和不參與病房活動等，且無相關健康維護知識及改善動機，亦無法獨立負責維護個人基本健康，確立其主要的護理問題為無效性健康維護能力，並進一步進行行為修正之護理措施以改善之。

護理措施

一、執行初期準備、設限與鼓勵

執行初期持續與個案建立治療性人際關係，觀察個案執行每件事情的時間，跟照護的護理師作更多基準點資訊的收集。接著決定行為契約的項目，與個案說明並約定時間討論各項目的行為標準和增強物。在討論的過程中，個案有時會因幻聽和關係意念干擾，口出惡言，以厭惡的眼神注視，也會不斷地討價還價、抗拒，例如：「可以不要這樣嗎？我想要照我的“tempo”」、「洗澡可以不要規定嗎？那改成一個半小時？你有在這裡洗過澡嗎？」筆者同理個案出現的情緒和退縮，對個案說明及設限，讓她瞭解運用代币制執行以外出為增強物之正向增強的細節，並且持續地鼓勵個案，告訴她行為約定的好處，她可減少每項事務所花的時間，有機會提高效率去利用時間以做自己想做的事，例如玩電腦、上網和聽音樂，增加其對改善健康行為的興趣和內在動機。

二、行為契約的擬定和執行

討論後經由個案同意，擬定行為契約的項目和行為標準，以此作息方向作為個案健康行為的學習，使個案有正常生活作息及促進自我獨立負責維護基本健康，以利出院適應；內容如下：一、用餐時間：「吃早餐(10:00前)」、「吃午餐(13:30前)」和「吃晚餐(19:30前)」。二、個人衛生：「儀容整潔(10:00前)」、「午休(不超過一小時)」和「洗澡(不超過一小時)」。三、參與健康活動：「做早操」、「吃藥(9:00-18:00-21:00)」、「(早上)病房活動」和「(下午)病房活動」。再依據個案能力和作息狀況，為每個細項訂定兩種達成標準：一、「主動執行」：不需任何人提醒下執行，可獲兩顆星星。二、「被動執行」：需要

他人提醒下達成目標行為，可獲一顆星星。星星數目採累計方式，一天有10顆星星就可增加隔天外出時間一小時，每增加5顆星星就可再增加外出一小時，例如有15顆星星隔天外出時間兩小時。與個案確定所有內容，徵得個案於行為契約上簽名，筆者也同樣簽名，並寫上約定日期，完成書面行為契約。

三、個案家屬與醫療團隊共同參與

為了使家屬能夠參與行為修正過程，同意帶個案外出，因此筆者打電話向家屬解釋行為約定的必要性，說明內容和執行方法，請家屬配合協助增強物給予，獲得家屬同意。

另外，為了取得團隊合作，向醫師和其他護理師說明行為約定的內容和執行方法。醫師欣然同意且非常願意配合執行，並向個案說明目前醫療方向，請個案能夠配合。三班護理人員也能依行為契約執行。筆者在護理站和個案的床邊各貼了一張記錄表，使個案也能看到目前累計星星數目，行為契約因此在醫療團隊與個案部分皆更具透明化與提醒作用。

四、以社會增強物強化個案參與動機

整個醫療團隊和個案及家屬開始共同執行此行為約定後，個案若在每一項目成功執行，即給予口頭肯定的社會增強物。在執行中，個案表示以畫星星的記號方式過於幼稚，希望能改成正字記號，筆者也尊重個案在此事上的決定權並嘗試改變記號方式；但之後個案又表示想保留星星，筆者亦予以尊重，顯示出個案對此行為約定開始主動參與討論，願意對自己的基本健康維護負責。

護理評估

個案在執行第一天，仍需要筆者口頭提醒其完成行為項目，且對筆者的要求面露不悅，口中有時念念有詞；雖然其行為仍有拖延，但在提醒下個案都能完成行為項目，因此筆者也確認這樣的目標行為是可達成的，並繼續強化個案對於行為約定內容及好處的理解。個案對行為約定接受度提高，後來更能自主地希望能多了解行為約定和目前的集點進度，顯示其認知想法有所轉變與重建。因為基於個案主動改善其行為以增加集點之自我監測情況提升，外在引導力即可減少之原則，決定在第二天以後，逐漸改變刺激控制，降低以口頭提醒其行為之頻率，多觀察個案的

自發行為，並且增多口頭讚美作為增強物，刺激個案產生內在動機，願意繼續進行。一週後個案快速進步，集點累計增加隔天外出一小時，和父母到附近的公園走走。另外，在執行第二週到第三週，個案每天皆可集點累積達到增加隔天外出一至兩小時，能夠自動自發地完成自我清潔，開始積極且密集參與病房活動；可見個案得到成功的健康尋求行為經驗，並且持續不斷地進行。個案是全病房第一個聽到早操音樂，便到走廊等待做早操的人，在那之前已用完早餐，做好儀容整潔。早操結束後，便到護理站主動要求服用早上的藥物，向護理人員報告自己各項行為契約項目進行的情況。不僅願意參加早上的職能復健活動，也願意參加下午病房的團體活動；由此可知個案有興趣改善其健康行為，也能了解日常規律作息對她的好處和影響。

個案在執行行為契約的過程中，非常在意星星的數量，時常向筆者詢問現在自己已累積多少點數，每多得一顆星星就非常開心，予以口頭肯定後，她除了喜悅的表情，也越來越有動力執行行為約定，不僅和筆者再次一一確認每個項目的標準，也表示「那我也要好好集點了！」她會拿著床邊的記錄表仔細研究，思考要如何才能增加自己的星星數，逐漸展現自我監督的行為。

討論與結論

個案在正性症狀開始趨於緩和時，主要護理問題呈現無效性健康維護能力，因此計畫以行為修正法改善之。執行過程中取得個案、家屬及醫療團隊的信任，建立治療性夥伴關係，強化個案對於行為約定內容及好處的認知重建，以外出作為增強物，及以星星記號的代幣制為個案的次級增強物，使得個案開始自我監測其行為約定之表現，逐漸予以改變外在刺激控制，輔以口頭讚美之社會增強物強化參與和動機，增進其內化自我健康維護能力。

學者指出思覺失調症患者的自我健康管理，比一般人差，無法銜接出院生活而會阻礙回歸社區的適應 (Schmutte et al., 2009)。因此增進個案的健康維護能力，幫助她出院後的正常作息和促進自我獨立負責維護基本健康是重要的議題。個案在行為修正過程中得到成功的健康尋求行為經驗，開始有興趣改善其健康行為，了解健康行為對她的好處，能定時三餐及準

時服用藥物，減少物品凌亂與找東西情況，幫助個案降低跌倒風險與對於安眠藥的依賴，增加活動的主動參與，成效顯現。

吳、何(2009)指出護理人員在照護慢性思覺失調症個案的過程中，須分辨個案處於症狀穩定的狀態下，開始較有能力學習並執行自我照顧。因此，當個案在藥物治療後症狀穩定，並加上治療性關係與藥物衛教使藥物遵從度增加之際，開始較有能力可以進行溝通和討論，應是進行行為修正的好時機。本個案的護理過程便是於個案正性症狀好轉、易怒情緒減少、注意力持續性增加之際，即介入行為修正，效果顯著。筆者因初次應用時，不容易判斷護理重點與進行行為修正的時機，需資深經驗者的引導與指導，此點可提供臨床照護之參考。

行為修正能成功首重在治療性人際關係上的建立。研究發現與思覺失調症病患建立治療性人際關係可以改善其對治療的遵從性，同時讓病患感到安全，願意與醫護人員溝通(Dearing, 2004)。因此，筆者在一開始接觸個案時，便建立一個開放且互信的治療性人際關係，過程中以耐心包容個案的不滿和憤怒言詞，持續表達關心，使她可以進行較長時間的會談，得以討論行為契約之內容。黃、曾(2006)的照護經驗中顯現，在行為約定的初期，個案可能會因為被限制的關係而對行為約定感到後悔而想拒絕執行；本文個案亦在初期有阻抗，但在良好的治療性關係建立之信任基礎下，護理人員反覆說明契約內容與重要性，使個案能夠明白並降低抵抗力，進而可以逐一解決問題。

選擇適當的增強物也是本次護理經驗能成功的原因之一。因為觀察到個案有時會看著窗外，但是父母親並不會主動陪同個案外出，因此選擇外出時間作為增強物，也使個案有機會能夠時常和父母親出外走走。學者Wexler(1973)指出，為了使代幣制能夠成功，必須要確定增強物是有效的，也就是個案所想要的。臨床上發現像是給予個案提供個人隱私的物品如置物櫃、給予個案自由的機會，如在別人陪同下外出，或是給予個人特殊需求物品如書寫文具，都是良好的增強物。Ryan, Lynch, Vansteenkiste & Deci(2011)認為當有增強物存在時，個案行為改變的動機就來自於那些正向增強物。唯有當個案真正發現行為契約活動是和自己有關聯，就會開始主動積極地參與，並不再感受到壓力。在制訂行為約定過程中，使個案能夠參與討論，並在個案同意下即刻開始執

行，也會使得個案開始意識到與自己的關聯性，並且產生動機。個案的動機會影響其是否可以克服過程中的障礙，當增強物不復存在時，也才能維持其目標行為。

分析本次行為修正能成功的其他因素，還包括：與病患家屬和醫療團隊溝通及整合，是本次行為修正法必要且重要的步驟，可以達成對行為約定目標及內容的共識，使行為約定執行具一致性和持續性；以及，為了讓行為約定在臨床執行上方便，使用簡單的表格設計和易懂的表格說明，且於護理站和個案床邊皆有表格同步紀錄，讓醫療團隊、家屬和個案皆可以掌握執行狀況和進度。

本個案照護經驗的限制在於護理期間有限，筆者在個案住院第五週介入照護，並且在第八週因筆者轉換到其他病房單位而終止照護，只能交班給醫療團隊，繼續追蹤個案出院情況。建議在出院後基於行為修正的長期效果，可以再提高行為項目的標準，以及促進家庭支持系統之功能發揮。再者，考量個案有成功的行為內化，需要個案和家人有良好的討論，使個案的家庭衝突和受到控制的感受降到最低，做到同理病人的情緒，並給予其改變的動力與調節刺激控制；此舉也可繼續重建個案認知，幫助個案體會行為修正的重要性，提升其動機，而能達到自我監控及決策的行為(Deci, Eghrari, Patrick, & Leone, 1994)。

本次行為修正過程中的困難，在於執行初期個案的抗拒，對照護者是一大挑戰，容易令人退縮，過程中須先調適照護者自己焦慮與害怕挫折的心情。再者，筆者的經驗和熊、葉、楊(2013)一樣，要考量到個案須有時間和心理的預備，以減少阻抗。根據筆者的經驗，建議未來要給予個案參與討論的空間，接納其意見，包括行為修正紀錄所使用的符號；並且包容其情緒，溫和而堅定地執行經討論後訂下的行為修正項目與增強標準，以避免個案只是被動同意，或出現和照顧者爭吵的現象。而執行過程中，家屬對個案改善健康維護能力的配合動機，更需要說明與引導，加上醫療團隊的共識與支持，方能協助克服個案的阻力進行行為修正，最後才能增加對病患的照護品質與福祉。

參考文獻

- 吳佩玲、何學厚(2009)．一位精神分裂症患者自我照顧能力缺失之護理經驗．*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.]
- 孫嘉玲、葉秀美、蕭燕燕、陳琇麗、王麗玲、林秀琴、林姿儀、李良怡(2007)·運用行為修正於精神分裂症個案之護理經驗·*健康管理學刊*，5(1)，49—59。
- [Sun, J. L., Yeh, H. M., Hsiao, Y. Y., Chen, H. L., Wang, L. L., Lin, H. C., Lin, T. Y., & Lee, L. Y. (2007). The effect of behavior modification on improving hyperphosphatemia in the hemodialysis patients. *Journal of Health Management*, 5(1), 49-59.]
- 黃怡芬、曾淑惠(2006)·運用行為修正於精神分裂症個案之護理經驗·*澄清醫護管理雜誌*，2(1)，41—50。
- [Huang, Y. F., & Tseng, S. H. (2006). Nursing experience: Applying behavior modification in nursing care of schizophrenia. *Cheng Vhing Medical Journal*, 2(1), 41-50.]
- 黃宗正、劉智民、劉震鐘、謝明憲、簡意玲、胡海國(2011)·精神分裂症的臨床與精神病理·*台灣醫學*，15(4)，365—374。[Hwang, T. J., Liu, C. M., Liu, C. C., Hsieh, M. H., Chien, Y. L., & Hwu, H. G. (2011). Clinical aspect and psychopathology of schizophrenia. *Forsoman Journal of Medicine*, 15(4), 365-374.]
- 張景瑞、胡海國、葉玲玲、張宏俊(1995)·出院精神分裂症患者社區生活適應的預測因子·*中華精神醫學*，3(9)，203—211。
- 陳美齡、黃美意(2010)·運用行為修正法於一位慢性精神分裂症個案之護理經驗·*高雄護理雜誌*，27(2)，35—42。[Chen, M. L., & Huang, M. Y. (2010). Case study for the nursing experience of treating chronic schizophrenia by behavior modification. *The Kaohsiung Journal of Nursing*, 27(2), 35-42.]
- 熊子瑜、葉玉汝、楊子慧(2013)·護理一位罹患精神分裂症之新移民之子的經驗·*精神衛生護理雜誌*，8(1)，40—50。[Hsiung, T. Y., Yeh, Y. J., & Yang, T. H. (2013). A nursing experience of an African-Taiwanese who suffered from schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 8(1), 40-50.]
- 謝玉萍、康翠萍、林青蓉、陳錦茗、謝淑貞(2007)·行為修正技巧運用於輕度智能不足的精神分裂症個案之成效探討·*精神衛生護理雜誌*，2(2)，45—54。[Hsieh, Y. P., Kang, T. P., Lin, C. R., Chen, C. M., & Hsieh, S. J. (2007). A study of the effectiveness of adopting behavior modification in schizophrenia with mild mental retardation. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2(2), 45-54.]
- 鍾逸霏、謝素真(2011)·一位精神分裂合併慮病症患者之居家照護經驗·*精神衛生護理雜誌*，6(1)，48—55。
- [Chung, Y. F., & Hsieh, S. C. (2011). Experiences in home health nursing of a patient with schizophrenia combined with hypochondriasis disorder. *The Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 6(1), 48-55.]
- 衛生福利部國民健康署(2011，12月)·遺傳疾病諮詢服務窗口·取自 http://gene.hpa.gov.tw/index.php?mo=DiseasePaper&action=paper1_show&cate=Set1&csn=77&sn=224 [Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare (2011, December). Web service for genetic disease. Retrieved from http://gene.hpa.gov.tw/index.php?mo=DiseasePaper&action=paper1_show&cate=Set1&csn=77&sn=224]
- North American Nursing Diagnosis Association International. (2009)·*NANDA-I護理診斷手冊2009-2011五版*(高紀惠翻譯總校閱)·臺北市：華杏出版社。(原著出版於2009)[North American Nursing Diagnosis Association International. (2009). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 2009-2011, 5th ed.* (C. H. Kao Trans.). Taipei City, Taiwan, ROC: Farseeing Publishing Group. (Original work published 2009)]
- Berni, R., & Fordyce, W. E. (1977). Behavior modification & the nursing process. (2nd ed.) Missouri: The C. V. Mosby Company.
- Dearing, K. S. (2004). Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 155-163. doi: 10.1016/j.apnu.2004.07.002
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119-142.
- Eklund, M., Backstrom, M., & Hansson, L. (2003). Personality and self-variables: Important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 134-143.
- Holmberg, S. K., & Kane, C. (1999). Health and self-care practices of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 827-829.
- Miltenberger, R. G. (2012). *Behavior modification: principles and procedures* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth

Cengage Learning.

- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist, 39*(2), 193-260. doi:10.1177/0011000009359313
- Schmutte, T., Flanagan, E., Bedregal, L., Ridgway, P., Sells, D., Styron, T., & Davidson, L. (2009). Self-efficacy and self-care: Missing ingredients in health and healthcare among

adults with serious mental illnesses. *Psychiatric Quarterly, 80*, 1-8.

- Wexler, D. B. (1973). Token and taboo: Behavior modification, token economies, and the law. *California Law Review, 61*(1), 81-109.
- Yang, Y. H., Yeh, E. K., & Hwu, H. G. (2012). Prevalences of schizophrenia, bipolar disorder, and depressive disorders in community between Taiwan and other countries. *Taiwanese Journal of Psychiatry, 26*(2), 77-87.

A Patient with Schizophrenia Has Health-Maintenance Ability Enhanced by Applying the Method of Behavioral Modification

Wei-Ting Wu¹ • Shing-Chia Chen²

ABSTRACT: The purpose of this case report was meant to assist a patient with schizophrenia in enhancing her ability of health maintenance by applying the principle of positive reinforcement of behavior modification. Our care started from the 22th of March to the 12th of April, 2011. Through the assessment for physical, emotional, intellectual, social and spiritual dimensions, we found out that in addition to disturbed thinking process and disturbed perception, the case had ineffective health-maintenance ability problem. She had no interest in improving health behaviors, and couldn't be responsible for her basic health maintenance as the result of her interference of psychiatric syndrome, attention deficit and time mismanagement. After having adjusted the medication, the fore-mentioned disturbed thought and disturbed perception problems were relieved. By using behavior modification skills, the token strategy, cooperated with the case's family and medical team, walk-out and verbal recognition as the reinforcers, the problem of ineffective health-maintenance ability was quickly solved. The case later showed that she could take the initiative to perform well on a daily bases, deal with regular matters and demonstrated the ability of maintaining her basic health independently. We hope provide this successful experience of nursing care for reference.

Key Words: Schizophrenia, Behavioral Modification, Behavioral Contract, Health-Maintenance Ability.

¹RN, Master student, Department of Psychology, National Taiwan University. ²RN, PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University and Hospital.

Address Correspondence to: Shing-Chia Chen, No. 1, Zen-Ai Rd., Sec. 1, Taipei City 10051, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)23123456 ext. 88902; E-mail: shinchia@ntu.edu.tw