

# 運用行為修正法於一位慢性精神分裂症個案之護理經驗

陳美齡 黃美意\*

## 摘 要

本文乃筆者運用行為修正法於一位慢性精神分裂症患者之護理經驗，筆者透過整體性護理評估，發現個案因疾病慢性化後，雖可與殘餘的思考、知覺障礙共存，但因退化而影響自我照顧能力，導致挑食致體重僅 25Kg，隨地解尿、吐口水致人際關係不良，護理期間為 96 年 2 月 26 日至 96 年 11 月 15 日，其主要的健康問題為：自我照顧能力缺失—進食方面、自我照顧能力缺失—清潔衛生方面。由於行為修正法的正性增強原則適切運用，及家屬與醫療團隊共同合作，使個案之不適當行為，以為人所接受的方式表現，亦減少不適當行為出現次數，用其所喜歡的食物為獎勵，進而改善其體重不足之問題。結果顯示：有效運用行為修正法，可改善慢性精神分裂症個案之自我照顧能力，提升生活品質。

關鍵詞：慢性精神分裂症 (Chronic Schizophrenia)  
行為修正 (Behavior Modification)

---

高雄縣政府衛生局保健科技佐  
美和技術學院講師\*  
通訊作者：黃美意  
通訊地址：屏東縣內埔鄉美和村屏光路 23 號  
通訊電話：(07)701-2288  
通訊網址：meiyi30@yahoo.com.tw

## 前 言

精神分裂症是一種複雜的功能性精神病 (劉, 2003)。此疾病主要在大腦功能上的破壞, 隨症狀之嚴重度, 使個案花費不同程度的時間和注意力在症狀上, 影響其自我照顧能力退化、出現異常思考及行為模式, 影響其人際關係與自我照顧的執行能力(劉, 2003; Eisenberg & Leff, 2000)。行為修正技巧可協助修正不適當行為、學習新行為及增強患者的自我照顧能力, 以建立良好的生活習慣(陳, 2003)。

筆者於護理過程中, 發現此個案因疾病負性症狀所產生的行為如: 挑食、隨地吐口水、解尿等行為問題, 嚴重影響其生理需求, 且無法執行符合社會所接受的行為造成人際衝突頻率增加, 故引發筆者以行為修正技巧改善其不適當行為, 期望提供患者更完善的照護。

## 文獻查證

### 一、精神分裂症

精神分裂症以思考過程改變為主要症狀, 可區分為正性症狀, 包括: 妄想、幻覺及思考障礙及負性症狀, 包含: 淡漠、言談貧乏及社交退縮(王、周, 2005); 慢性精神分裂症個案常因精神症狀及長期住院機構化之影響而與現實脫離, 導致社會功能退化、個人衛生處理不良, 影響其自我照顧能力, 包括: 進食、清潔衛生的問題(劉, 2003; Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Eisenberg & Leff, 2000; Gunatilaks, Ananth, Parameswaran, Brown, and Silva, 2004)。

照護時需建立良好治療性人際關係, 使其獲得安全感、信任感進而改善退縮, 才能拓展人際互動(歐、陳, 2006)。而精神分裂症主要以藥物治療為主, 於精神症狀穩定後, 針對負性症狀可輔以行為修正來改善個案的困擾(余, 2003; 黃、曾, 2006)。

### 二、行為修正

行為修正是一種改變行為的技巧, 可減少個案因疾病引起的不良適應行為及障礙(陳, 2003)。而精神病患因認知障礙使內在控制變差, 因此更需由外在環境加諸必要之限制, 以避免行為的干擾(鄭, 2005)。

有學者主張運用行為修正可以矯正慢性精神分裂症個案的不當行為 (王、林, 2004)及提升自我照顧能力及自我控制能力, 進而改善生活品質(黃、曾, 2006; 黃、林, 2006; 歐、陳, 2006)。而行為修正的方法有: 增強、處罰、消除法、類化、逐步養成及模仿替代學習等。當個案出現正向行為時, 給予可滿足其需求的增強物稱之正增強, 增強可分為間歇性及連續性, 連續性增強可用於執行初期, 中期之後可改用間歇性增強; 間歇性增強依時距分配又分為固定時距增強及不固定時距增強; 而間歇性增強的比率分配分為固定比率增強及不固定比率增強(王, 2005)。選擇個案最需要的增強物能激發個案的動機, 使行為修正發揮最大的作用; 而運用處罰原則的方式有二種: 一為出現不當行為時立即給予厭惡刺激, 二為出現不當行為時, 取消個案的正增強物(楊, 2004)。運用時要整合各項原則, 非單一運用一個原則, 動機在於提高個案的功能, 使社會易於接受個案(陳, 2003; Geoffrey and Sheryl, 1998/2001)。

在行為修正前，應先評估及篩選個案的問題，建立問題行為的基準點，瞭解個案及家屬之期望、說明執行之方法及目的，且訂定個別性的護理目標，取得醫療團隊共識後，共同擬定「行為契約」(陳，2003；黃、曾，2006；黃、林，2006；鄭，2005；Geoffrey and Sheryl, 1998/2001)。執行行為修正初期時，遇個案焦慮、阻抗行為時，應以堅定、溫和態度說明鼓勵進行行為改變(陳，2003；黃、林，2006)。持續性的支持及肯定個案，能增強其改變的動機及責任感，此為行為修正重要的因素(謝、康、林、陳、謝，2007)。治療中不斷修正評值治療成效，必要時做適當修正(陳，2003)。

綜合以上文獻，護理人員在照顧慢性精神分裂症個案因正負性症狀所衍生之問題，可運用行為修正來改善個案之不適當行為問題，提升自我照顧功能，並發揮護理獨特功能，處理個案個別性的問題。

## 個案簡介

### 一、基本資料

個案為 63 歲的女性，高中畢業，足月順產，無藥物濫用史及過敏史。

### 二、家庭史

個案為養女，無其他親人，父母雙亡，22 歲時結婚，育有一女一子，案女與案夫皆因大腸癌過世，案子亦為慢性精神分裂症患者，在本院自治病房住院，經濟來源為案夫的退休俸及殘障津貼，家庭支持系統差，目前全仰賴里長處理就醫、醫療費及生活事務。

家庭樹

### 三、疾病史

無生理及家族遺傳疾病，於 85 年案夫去世後，開始覺得鄰居要害她，夜眠差、四處遊盪、撿食垃圾及破壞家中門窗等情形，由鄰居首度送醫治療，診斷為精神分裂症。出院後因乏照顧者且無法規則服藥，出院後一個月內常再度復發，由里長送至他院或本院求治。

此次為第五次住院，因被害妄想、幻聽、拒食、拒藥，於 95.12.06 再度入院，因精神症狀呈現慢性化，自我照顧能力差、挑食、隨地解尿而於 96.02.26 轉入亞急性病房繼續治療。

#### 護理評估

護理期間為 96 年 2 月 26 日至 96 年 11 月 15 日，運用觀察、會談收集資料，依生理、情緒、智能、社會及靈性五大層面進行整體性護理評估。

#### (一)生理層面

身高 150cm，體重 26kg，理想體重應為 43.2~52.8kg，為體重嚴重不足狀況，身材瘦小，嘴唇乾燥，臉頰凹陷，皮下脂肪薄，皮膚較無光澤、臉色較蒼白，Hb=10.2gm/dl 及 total protein 等實驗室檢查正常，無特殊內外科疾病，對自己身材表示：「還好啦！這樣就好了！」。個案衣著整齊，衣物髒時可自行更換衣服，雖可自行沐浴，但使用香皂常未沖洗乾淨，沐浴過程過於馬虎。咀嚼吞嚥能力正常，會躲在病室逃避進餐，進餐時只挑喜歡的菜色，吃 2、3 口就倒垃圾桶或倒在飯桌下，不吃青菜類，每餐需至少一位護士陪伴進食，需花費時間約 30-40

分鐘，自訴：「我不喜歡吃飯、吃菜，沒有聲音啦！沒有人叫我不吃飯啦！」。觀察個案隨時有口水分泌時未有吞嚥動作而隨地吐在地上，觀察吐口水頻率 9AM~11AM 最高，其次為 2PM~4PM，最少為 8PM~10PM。排泄方面，個案常在走廊隨地當眾解尿及在廁所地上解尿，引起病友抱怨。睡眠方面約 12MN 入睡、無中斷，不需額外使用助眠劑即可入睡，睡眠總時數約 7~7.5 小時。

### (二)情緒層面

個案情緒穩定，表情淡漠，常獨坐，對活動顯不關心，對於討論案夫案女去世原因時，平淡地訴：「還好啊！他們生病死掉了」，缺乏情感之表露，提醒做治療活動時顯易焦慮、會在走廊來回踱步。

### (三)智能層面

個案之意識清楚、定向力正常，判斷力、計算力、立即記憶及抽象思考差，注意力不集中均回答不知道。知覺方面表示：「我聽到有神和鬼的聲音，已經 10 幾年了，它們不會叫我做什麼，沒關係啦」，偶會自語。思考內容貧乏不切實際，會談時言詞中斷，訴：「神和鬼還在啊！沒有對我怎麼樣！我不會怕了」。個案無病識感，在照顧期間被動配合服藥，觀察無吐藥及拒藥行為，表示「我沒有病，我是腳痛、肚子痛來的」。智力測驗結果總計智力為 70，屬邊緣性的智能不足，與過去學業成就比較呈現嚴重退化程度。心理測驗顯示：內在不安，對壓力耐受度差，遇困難時常使用逃避方式處理，對外在訊息處理草率。

### (四)社會層面

個案於案夫去世後，與案子皆長期住院，案子因住自治病房可自由外出，故案子每週會客次數約 2 次，會客時可以簡單言語溝通，個案主訴：「以前都是先生教小孩，我沒有在教，我不知道兒子住那裡？」。在病房中因隨地解尿及吐口水等不適切行為常招病友抱怨、指責，常獨自坐在走廊椅子上，提醒下可參與早操及部分職能活動；會談時會簡單回應，可與護理人員眼神接觸。

### (五)靈性層面

個案無特別宗教信仰，對未來的人生觀及價值觀無特別感受，表示：「沒什麼想做的！」、「隨便啦！人生就這樣」，對未來無期待。

## 確立健康問題與護理計畫

經由整體性護理評估，歸納其健康問題為：自我照顧能力缺失—進食與清潔衛生，另個案尚有社交互動障礙之健康問題，因社交互動障礙來自個案隨地吐口水及解尿的不適當行為所導致，故本文優先介入重點以行為修正法處理個案之不適當行為。護理計畫詳述如下：

## 一、自我照顧能力缺失—進食/與退化、缺乏信任感、安全感有關係(96.02.26~11.15)

主客觀資料	<p>S：2/26「我不餓，我不喜歡吃這個，不要吃菜」、「妳不要管我啦！走開啦！」。</p> <p>O：2/26 進餐時只挑肉類吃 1 至 2 口即拿去倒掉，予制止時倒飯時口頭謾罵護士，需 2 位護士協助餵食，體重 26Kg。</p> <p>2/27 聽到廣播進餐時，即走進廁所不理會護理人員，需護士協助帶至餐廳內用餐。</p>
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 二個月內個案能在護士陪伴下每餐進食至少 1/2 餐盒。</li> <li>2. 六個月內個案能在護士提醒下每餐進食完 1 個餐盒。</li> <li>3. 六個月內個案的體重每週增加 0.5 公斤，體重達 38 公斤。</li> </ol>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 製作行為問題登錄表供三班收集並記錄 2/26-3/7 的行為頻率、次數，提醫療團隊會議討論。</li> <li>2. 提供個案觀察到之不當行為已造成體重過度不足，以增強其改變的動機。</li> <li>3. 向個案及案子共同討論行為修正之目的及執行方法，並取得醫療團隊共識後訂定目標行為及治療計畫。</li> <li>4. 訂定每日飲食計畫：       <ol style="list-style-type: none"> <li>① 每天提供 1600 大卡之飲食〈三餐伙食之總熱量〉，並給予充份時間進食。</li> <li>② 每天 2 瓶亞培 Two-Kal 補充營養(每瓶 475 大卡)，補充時間為上午 10 點及晚上 7 點。</li> <li>③ 與個案討論後依其喜好代購營養品(高鈣奶粉、果汁奶粉、巧克力飲品)，於每日下午 2 點半 3 種口味輪流補充。</li> <li>④ 進食少於 1/2 盒時予鼓勵並陪伴繼續進食。</li> <li>⑤ 制定飲食登記單，記錄每天之飲食量，每週一上午量體重並做記錄。</li> </ol> </li> <li>第一階段：(02.26~4.26)       <ol style="list-style-type: none"> <li>5. 連續增強：每次進餐超過 1/2 盒時予口頭稱讚。</li> <li>6. 固定比率增強：三餐進食量皆超過 1/2 盒時，聯絡其子隔天買個案喜歡的麵食類給個案吃。</li> <li>7. 與個案、案子及醫療團隊討論後訂定「行為契約書」，於 96.03.08 共同在契約書簽名及當日開始執行，契約單提供醫療團隊參閱、記錄並採一致性態度執行。</li> <li>8. 每次進餐由主治護士或代責護士陪伴其進餐並觀察其進餐情況。</li> <li>9. 提供個案彈性多樣之飲食種類：在進餐前半小時可選擇想吃的餐點種類，如：稀飯、素食或購買福利社之冬粉、炒麵，以供其選擇喜好。</li> </ol> </li> <li>第二階段：(04.26~8.26)       <ol style="list-style-type: none"> <li>10. 連續增強：每次進餐完 1 個餐盒時予口頭稱讚。</li> <li>11. 不固定比率增強：三餐進食量皆可超過 1 盒達 3 天時，由主治護士聯絡其子買個案喜歡的麵食類給個案吃。</li> <li>12. 給予均衡飲食及挑食對身體影響之護理指導。</li> </ol> </li> </ol>
評值	<p>3/30 督促進餐時大叫、謾罵護士且只吃幾口即欲離開餐廳，需護士全程陪伴進餐，營養品於多次勸解下勉強喝下，予購買自選的炒麵，但叫喚進餐時仍躲進病室內，訴：「那個不好吃，我不想吃」，需護士多次勸說並陪伴時可再繼續吃，體重 28Kg。</p> <p>4/26 三餐進食量約 1/2 盒，護士未陪伴時仍會倒飯，偶聽到廣播吃飯時會逃避，但此行為頻率已減少，因有達目標行為，故兒子買麵給個案吃，獲得獎勵頻率約每週 1 次，體重 29.5kg。</p> <p>5/20 趁護士處理其他事務時仍會倒飯，訴：「我有吃了啦！」，鼓勵繼續進食時未抗拒，仍需陪伴進餐，體重 31.5Kg。</p> <p>6/25 每餐進食量約達 1/2 到 2/3 盒之間，遇喜歡之早餐可吃 2 份，在護士督促下可走進餐廳用餐，體重 33Kg，獲得獎勵頻率約每週 1 次。</p> <p>8/30 較少出現逃避進餐行為，每餐可吃 3/4~1 個餐盒，只需陪伴進餐前段約 15 分鐘，體重已達 38kg。</p> <p>9/22 會站在護理站看時鐘，聽到廣播未躲進病室，護士提醒時可自行進餐廳，遇不喜歡的菜才夾到桌上不吃，體重 40Kg。</p> <p>11/12 臉頰較豐腴，會走到活動室等用餐，訴：「要吃飯了嗎？我餓了」「我兒子什麼時候可以來？」，可自行吃完一個餐盒，體重為 42kg，已接近理想體重，故停止給予亞培 Two-Kal，其它按飲食計畫繼續提供。</p>

二、自我照顧能力缺失—清潔衛生方面/與判斷力減損、退化及不適當的應付方法有關係  
(96.02.26~11.15)

主客觀資料	<p>S：2/26「這裡拉尿就好了，不要拉我啦」、「有生口水，吐出來就好了」。</p> <p>O：2/26 在走廊吐口水，每日約 15 次，引起病友抱怨踩到其口水，在走廊隨地當眾解尿及在廁所地上解尿，每日約 7 次。</p>
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案能在三個月內每日隨地解尿次數少於 3 次。</li> <li>2. 個案能在六個月內每日隨地解尿次數少於 1 次。</li> <li>3. 個案能在三個月內每日隨地吐口水次數少於 8 次。</li> <li>4. 個案能在六個月內每日隨地吐口水次數少於 3 次。</li> </ol>
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 製作行為問題登錄表供三班收集並記錄 2/26-3/7 的行為頻率、次數，提醫療團隊會議討論。</li> <li>2. 引導個案看自己之不當行為已造成環境清潔問題及看他人對其行為之反應，以增強其改變的動機。</li> <li>3. 向個案及案子共同討論行為修正之目的，並取得醫療團隊共識後訂定目標行為及治療計畫。</li> <li>4. 連續增強：每班未出現不當行為時立即給予口頭稱讚。</li> <li>5. 固定比率增強：三班之不當行為次數可達目標值時，隔天可獲得小麵包一個。</li> <li>6. 處罰方法：出現任一項問題行為經提醒三次，仍再出現時則穿約束衣 2 小時。</li> <li>7. 與個案、案子及醫療團隊討論後訂定「行為契約書」，於 96.03.08 共同在契約書簽名及當日開始執行，契約單提供醫療團隊參閱、記錄並採一致性態度執行。</li> <li>8. 指導正確如廁地點並類化其正確如廁的習慣：             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 帶領個案辨別廁所馬桶位置並回覆示教。</li> <li>② 出現隨地解尿時再次引導去看廁所馬桶位置。</li> <li>③ 至少每 2 小時提醒如廁位置並帶去如廁。</li> </ol> </li> <li>9. 指導可吐口水地點並類化其養成大家能接受之吐口水地點：             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 帶領個案辨別垃圾桶位置及領取塑膠杯地點並回覆示教。</li> <li>② 出現隨地吐口水時再次引導去看垃圾桶位置及尋找其塑膠杯使用。</li> </ol> </li> <li>10. 每日晨間護理時：予專用塑膠杯一個，供收集所吐口水用以減少環境發出異味造成的人際困擾。</li> <li>11. 予個人衛生、環境衛生之護理指導，如：隨身攜帶衛生紙、汙物應吐或解在應收集之處，使其養成良好之衛生習慣且可為他人所接受，減少衝突。</li> <li>12. 提供現實情境，允許其分享思想及感受，且不與之爭辯。</li> </ol>
評值	<p>4/18 鄰床病友抱怨個案在廁所的地上解尿，仍常邊走邊吐口水，對於穿約束衣處置需督促才配合。</p> <p>5/26 鄰床病友抱怨在廁所的地上解尿，觀察解尿行為為每日約 1-4 次，定時帶至廁所時均有解尿，偶會自行去馬桶解尿，隨地吐口水為每日 12 次，仍常邊走邊吐口水。</p> <p>7/25 護士發現欲在臉盆解尿，予立即帶去如廁，未出現抗拒行為，常將杯子隨處放而未使用，隨地吐口水頻率平均為每日 8 次。隨地解尿次數為每日 1 次，每週約獲得獎勵 1 次。</p> <p>9/20 未再出現隨地解尿行為，在提醒下可自行進去廁所如廁，觀察仍會隨地吐口水在地下，偶會找垃圾桶吐口水，杯子仍會隨處放，需常補杯子使用，隨地吐口水頻率為每日 5 次。</p> <p>10/24 在活動室時會將垃圾桶拿到面前使用，塑膠杯偶爾使用，隨地吐口水行為減少為每日 3 次，因有達目標行為，故主治護士買麵包給個案作為獎勵，每週約獲得獎勵 2 次。</p> <p>11/15 多在垃圾桶吐口水，隨地吐口水由原來的每日約 15 次減少到約 0 次/天，並在督促下可將所吐的口水擦乾淨；提醒下可自行到廁所如廁，隨地解尿頻率由原來每天約 7 次減少到 0 次/天。</p>

## 結論與討論

在此次護理過程中，發現個案因疾病慢性化的殘餘症狀致生活功能障礙影響進食、衛生等生理需求，無法發展正向的行為。藉由建立良好治療性關係，持續鼓勵，使個案開始嘗試配合行為治療，由剛開始的挑食、進食量少，在提醒進餐時易焦慮，在護理人員安撫下可配合進餐，逐漸恢復理想體重；隨地解尿及吐口水等行為問題，亦逐步養成到廁所如廁、在垃圾桶吐口水。

個案 96.11.15 因病情改善轉慢性病房治療，筆者追蹤轉至慢性病房情形，每二週持續追蹤約二個月，個案可在提醒下進食、未有隨地解尿行為，可拿著塑膠杯吐口水，案子自由外出時會每天陪伴個案吃午餐並協助提醒如廁。由此驗證行為修正能有效地改善精神病患的不適當行為(黃、曾，2006)。

臨床上多以藥物治療改善精神分裂症之正性症狀，但個案負性症狀已嚴重影響健康的情況下，常讓主治護士備感挫折無力，但我們不放棄地訓練個案學習正向的行為，雖然花費時間長，但仍以行為修正技巧改善了其自我照顧功能，以社會可接受的方法取代不適當的行為表現，減少終日退縮在自己世界裏的狀況，此照護經驗更展現護理的專業能力，此與黃、曾(2006)所言「有系統的運用行為治療技巧可修正個案的不良行為，建立良好的生活習性，重建自我機能」相同。

在行為修正過程中，因案子本身也是住院病患，對能否照顧母親的能力缺乏自信，但病房醫療團隊仍不斷與案子病房的團隊討論帶個案請假外出獎勵之可行性，照護期間雖未能帶外出，改由每週可帶院內散步，也增進了二人因長期住院而疏離之親子關係更親近。此執行行為修正時間長達 9 個月，因轉病房而結束治療性關係，而行為修正最令人詬病之處即是缺乏持續性，這也是筆者憂心之處，故筆者對慢性病房之主治護士做了詳細交班執行進度，以維持治療的持續性。另外，因個案與案子缺乏支持系統，疾病慢性化後的安置問題或回歸社區之追蹤，都需慢性病房的團隊繼續著力處理，相信對個案的需求會有所幫助。

## 致謝

本個案報告由衷感謝凱旋醫院護理科蘇淑芳主任及黃美意副主任的鼓勵及耐心指導，也感謝 2A 病房護理長及護理同仁的共同努力促使整理此護理經驗，期待能與更多護理同仁分享。

## 參考資料

- 王文華、林麗憶(2004)·運用行為修正理論對偷竊行為患者的改善成效·*華醫社會人文學報*，10(1)，59-66。
- 王俊凱、周元華(2005)·精神分裂症·*臨床醫學*，55(6)，415-425。
- 王美業(2005)·行為治療·於蕭淑真總校閱，*精神科護理學*，(二版，206-227 頁)·台北：新文京。
- 余靜雲(2003)·精神衛生護理評估·於顏正芳總校閱，*精神科護理學*，(初版，7-2-7-18 頁)·

台北：啟英。

陳雯婷(2003)·行為治療·於顏正芳總校閱，*精神科護理學*，(初版，17-2-17-17 頁)·台北：啟英。

黃美娟、林秋菊(2006)·飲食行為修正方案對一位第一型糖尿病患者血糖控制成效之初探·*護理雜誌*，53(4)，83-88。

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)，41-49。

楊百世(2004)·行為修正個案研究·*諮商與輔導*，221，51-55。

劉美芳(2003)·精神分裂症及其護理·於顏正芳總校閱，*精神科護理學*，(初版，10-2-10-18 頁)·台北：啟英。

歐靜宜、陳麗玉(2006)·協助一位慢性精神分裂症患者復健之護理經驗·*精神衛生護理雜誌*，1(2)，57-64。

鄭寬亮(2005)·行為治療理論-多元模式治療簡介·*諮商與輔導*，240(1)，11-15。

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。

Geoffrey, L. , & Sheryl, L. (2001)·行為治療：觀念、過程與應用(楊麗紅譯)·台北：五南。(原著出版於 1998)

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community: *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 432-438.

Eisenberg , L. , & Leff, J. (2000). Psychiatry as a worldwide public health problem. In: Genlder MG, Lopez-Ibor JJ, Anaerassen N (Ed.), *New oxford textboo k of psychiatry* (1st ed., pp. 9-13). New York: Oxford University Press.

Gunatilake, S., Ananth, J., Parameswaran , S. , Brown , S. , & Silva, W. (2004). Rehabilitation of schizophrenic patients. *Curr Pharm Design*, 10(2), 877-881.



## **Case Study for the Nursing Experience of Treating Chronic Schizophrenia by Behavior Modification**

Mei-Lin Chen Mei-Yi Huang\*

---

### **Abstract**

This article is the nursing experience of the author using Behavior Modification to treat a Chronic Schizophrenic patient. According to comprehensive nursing assessment, the author found that the schizophrenic patient might have the problem with the coexistence of disorganized thinking and sensory disturbance. Degeneration would affect her self-attendance ability and cause her to become picky about food; therefore, her body weight reduced to 25 Kg. In addition, she also had bad interpersonal relationships with others because of her inappropriate behaviors of urinating and spitting randomly. The nursing period was from 02/26/2007 to 11/15/2007. The main health problem on losing self-attendance ability was in the aspect of dieting and hygiene.

With conducting positive reinforcement techniques of Behavior Modification properly and cooperating with her family and the medical team, the patient was able to change her improper behaviors to acceptable ones. Besides, the underweight problem would solve as well by using her favorite food as a reward. This result shows that by applying the principles of behavior modification effectively, the patient with Chronic Schizophrenia could improve her self-attendance ability and promote her quality of life.

Key Words : Chronic Schizophrenia ; Behavior Modification

---

Junior Technical Specialist of Kaohsiung County Government Health Promotin Section  
Lecturer, Meiho Institute of Technology\*  
Address correspondence to : Mei Yi, Huang, 23, Ping Kuang Rd., Neipu, Pingtung, 91202, Taiwan  
Telephone : (07)701-2288  
E-mail : meiyi30@yahoo.com.tw