

# 護理一位罹患精神分裂症之新移民之子的經驗

熊子瑜<sup>1</sup> 葉玉汝<sup>2</sup> 楊子慧<sup>3</sup>

**摘要：**本文為陳述一位罹患精神分裂症的新移民之子，因疾病功能退化及依賴家屬照顧，導致自我照顧與社交能力缺失。其主要照顧者為非裔父親，在協助病人就醫過程因語言文化隔閡，無法尋求資源，長時間的照顧感到疲累。護理期間為100年5月3日至100年11月30日，以五大層面整體評估，運用會談、觀察、電訪及病歷回溯方式收集資料，確立健康問題為：自我照顧能力缺失、社交互動障礙、危害性家庭因應能力失調。運用行為修正並與案父以分工合作方式，教導病人學習沐浴；藉由社交技巧訓練，以示範、重覆練習、回饋與正增強方式，增加言語表達及與人互動關係；評估家庭情況及父母之照顧能力，提供有利病人的持續性醫療資源及教導家屬分工合作方式對病人的照顧；促進家庭成員互相溝通支持。結果：病人從完全由案父協助沐浴，轉變成督促下可自行執行沐浴；從不語、雙眼緊盯他人，現可用簡單詞句表達自己的需要，並和病友有簡短互動及全程參與團體活動；病人與父母正向互動增加，案父母的照顧方式亦有所改變，調整成協助病人獨立執行自我照顧與增加合宜社交技巧。由此護理經驗，建議臨床工作人員，面對新移民家庭，須更有耐心傾聽，並尊重其文化差異，才能提供適切之照護。

**關鍵詞：**精神分裂症、新移民家庭、行為修正、社交技巧訓練。

## 前言

精神分裂症屬於功能性精神疾病，主要症狀包括正、負性症狀，症狀穩定後殘留的負性症狀，使外界環境刺激減少和判斷力降低，導致病人人際關係退縮，影響社交互動，呈現和社會疏離（黃、劉、劉、謝、簡、胡，2011）。研究顯示精神疾病反覆發病，不但造成病人功能退化，影響其自我照顧能力，對家屬依賴的程度越高，致照顧者負擔加重（黃、林、蘇、許，2010）。故訓練病人自我照顧能力，減少功能退化嚴重度，減輕家屬負擔就相當重要，因此臨床

工作人員應重視此問題。

近年來臺灣跨國婚姻人數逐漸增加，新移民面臨環境文化的適應壓力比一般人高。研究發現新移民子女在就醫過程，主要照顧者因語言限制、文化隔閡、對就醫照護環境的不熟悉，加上醫療內容無法瞭解，故害怕與醫療人員溝通，而影響他們對健康知識取得與照顧的技能（Guendelman, Schaufli, & Pearl, 2001；周，2005）。護理人員在接觸新移民家庭時，若無法了解家屬表達的真正需求，也造成執行醫療的困難（黃，2012）。因此，照顧新移民家庭，醫療人員需了解文化差異及行為背後的意義，及有效的溝通與提供健康照護的訊息，極為重要。

本文病人為精神分裂症患者，為新移民之子，因功能退化、缺乏動機致自我照顧及社交能力差，加上在與家屬討論病人病情時，常面臨語言隔閡。筆者查閱國內近年關於新移民的研究，發現多探討東南亞新移民婦女的健康照顧及生活適應，缺乏對少數族群新移民的研究，也引起筆者的動機，期藉由照顧新移民之子的過程中，更深入瞭解這類病人健康的需求，及專業人員對於跨文化照顧的準備及能力，以提升完善的照護服務，能使病人回歸社會，也期待此經驗能提供護理人員實務上之參考。

## 文獻查證

### 一、新移民家庭之健康照護能力

為尊重外來移民，釋（2003）對移民婚姻的外籍人士重新命名為「新移民」。2006年至2011年11月新臺灣之子共122,146名（內政部統計處，2011）。研究顯示新移民來自社經地位較貧困的地區，來臺灣是期望藉由婚姻的關係來改善經濟狀態，對陌生的社會環境和文化差異，及言語溝通不良，其身心的不適

<sup>1</sup>臺北市立聯合醫院松德院區護理師 <sup>2</sup>臺北市立聯合醫院松德院區護理長 <sup>3</sup>臺北市立聯合醫院松德院區護理長，現職臺北市衛生局醫護管理處技士

通訊作者地址：楊子慧 E-mail: melody6c@yahoo.com

電話：(02) 27208889—7101

應，無法適當表達自己的意見，並立即融入臺灣社會（何、陳、連，2006）。另外臺灣醫療體系對新移民的健康照護資源不平等，使得醫療人員面對新移民的健康問題也少有瞭解，造成他們在健康照顧系統被邊緣化，也影響處理醫療問題的能力（黃，2012）。

護理人員是第一線健康照顧者，研究指出醫護人員在面對新移民家庭的就醫態度，因語法的表達方式，令他們無法理解疾病處理狀況；加上新移民本身腔調及辭不達意的表達，若未確認新移民是否有清楚了解訊息內容而造成誤解，造成與醫療人員溝通問題，過程中他們多處於沉默及被動接受（王、蘇、劉、王，2012）。故對新移民多點時間及耐心做有效的語言溝通，可以降低雙方的誤解，同時可提升新移民對本國醫療服務的滿意度。

護理人員應與家屬建立信任感，鼓勵表達內心焦慮、了解家屬承擔的負荷與壓力（王、戎、陳、魏、林，2007）。提供情緒支持、互相包容尊重，與家屬長時間的互動，其信任感的建立、傾聽、耐心及同理心，尊重不同文化差異，如給予機會、文化支持、學習文化都是尊重的表現，將有助於增進家屬的認同，提供完善的照護經驗（黃，2012）。

## 二、行為修正於精神分裂症之應用

精神分裂症因負性症狀，造成病人脫離現實、對事物缺乏動機、及社會功能退化，導致自我照顧能力降低及社會退縮（Gunatilaks, Ananth, Parameswaran, Brown, & Silva, 2004）。家屬面對此類病人，常需提供日常生活照顧而感到壓力，若病人在協助下可以執行自我管理，可使照顧者減少照顧負荷，也是回歸社區的重要因素（王等，2007）。

精神分裂症患者隨著病程發展，會出現負性症狀及認知功能下降（黃等，2011）。也因單調的生活無法發展適當的社會關係，故運用行為修正增強方式，可以在技能訓練、生活習慣、社交語言學習方面來塑造行為（林，2005）。其執行過程，護理人員首先需與病人建立良好的治療性關係，並觀察病人行為問題，然後瞭解病人及家屬的期待，再向病人、家屬說明執行的方法及目的、增強改變的動機，針對個別性的目標執行（王等，2012）。採漸進式方式執行計畫時，運用正增強方法，使用的增強物必須滿足病人的需要，才能使行為修正達到最大的成效（林，2005）。

社交技巧訓練可以改善病人人際關係溝通技能、

口語表達，及增進與人互動（Grant & Beck, 2010）。訓練病人社交行為過程中，宜先取得病人的參與及確立問題，依病人的個別性訂定目標，並與家屬達到共識，配合日常生活演練，技巧從簡到繁，循序漸進，以提升個人社交能力（羅、李、葉，2011），訓練流程包括：由治療者擔任及示範情境的處理，教導學習，然後反覆練習，並將技巧應用在日常生活，與家屬達成共識配合實際練習。此外，針對病人實際正向表現，提供病人喜歡的物品，立即給予回饋與正向增強；表現不正確時，說明及矯正要改善的部分，並回覆示教到行為正確，並將學習的方法融入生活中，持續給予鼓勵及肯定（Varcarolis, Carson, & Shoemaker, 2006）。另外，引導家屬參與計畫執行及調整照顧方法的過程中，宜傾聽與討論，在照顧上有困難或壓力時，可以主動尋求協助，才能減輕家屬的負荷，及增進病人社會功能（王等，2007）。

## 護理過程

### 一、護理評估

#### (一) 病人簡介及病史

盧先生，19歲，籍貫：迦納（非洲西部），國二肄業，主要以本國國語為主，無藥物濫用病史，診斷為精神分裂症。過去病史整理如下：

時間	疾病史
94年5月（14歲發病）	國小五年級開始明顯成績退步，成績平均50-60分，國一時就讀特教班。出現自言自語、自笑、幻聽、社交退縮、言語攻擊案母、失眠等症狀，家人帶病人到門診治療，診斷為精神分裂症，但不規則返診及服藥，症狀未改善，發病後成績更差未再就學。
95年4月6日至95年6月9日（15歲）	受幻聽指使，自四樓跳下，造成兩側股骨、髌骨骨折、氣胸，於內外科住院兩個月，並接受復健及精神科藥物，期間因輸血感染HIV陽性。
95年10月16日至95年11月14日（15歲）	出院後藥物遵從性差，在家脫光衣服，拔自己的牙齒，第一次精神科住院治療，於11/15出院。
95年11月22日至96年1月24日（15-16歲）	案父協助下可規則服藥，但因出現自言自語、自笑、四處遊蕩等行為、並攻擊案母，第二次精神科住院治療，以sulpiride及solian治療。

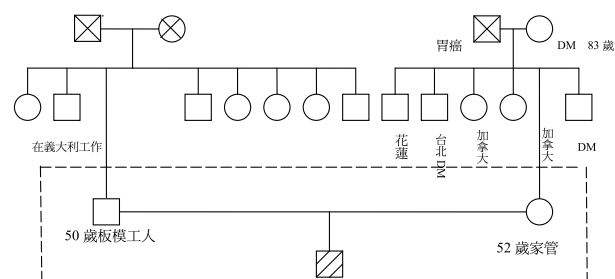
97年9月16日至97年10月7日 (17歲)	因出現自語，四處遊蕩、想坐高鐵、公車，案母制止時會攻擊案母，第三次精神科住院治療。住院期間改以risperidal及haldol decanoas針劑治療，出現負性症狀及遲發性不自主運動副作用，改以zyprexa治療。
98年8月27日至98年10月29日 (18歲)	出院可返診及配合服藥，不會四處遊蕩、仍有自笑自語情形，自我照顧能力變差，需案父協助服藥、洗澡，第四次精神科住院治療。
99年3月8日	出院可返診及配合服藥，症狀穩定，仍有自言自語、自笑、躺床不語、與人溝通有困難、以手抓飯菜進食，自我照顧需案父完全協助。近兩個月案父不在家時，病人會在住家附近遊蕩，曾一天跑出去七次，雖會返家，但無法表達原因。3月5日清晨六點自行外出，坐計程車要去中正機場，被司機帶至警察局，第五次精神科急性病房住院治療。

## (二) 家庭史

案父為非洲迦納籍，民國72年來臺工作，案母為臺灣人，有先天性糖尿病第一型。病人為獨子，母親的表妹是精神分裂症。家中主要經濟來源為父親，為板模工人，曾因房貸需兼兩份工作，收入不固定，現只負責病人醫療費用。語言為英文，交友以來臺工作的迦納朋友為主，案父母對病人生病看法態度不一，案父可接受病人生病的事實，案母則表示「一次得兩種病誰能接受，常想著帶病人一起去死。」主要醫療照顧者為案父，聽從配合醫院的建議。(如圖一)

## (三) 此次住院治療過程

99年3月8日至100年5月3日期間易怒、自言自語、自笑、亂拿他人物品、長時間躺床不與人交談、自我照顧能力差，沐浴需案父協助，經藥物治療急性症狀改善，但拒絕參與團體治療活動。自發病以來，案父白天忙於工作、照顧責任由罹患糖尿病的案母承擔，其本身體力有限，無法照顧病人，服藥治療不規則，重覆發病及住院，致功能退化，經醫療團隊的考



圖一 家庭圖譜

量，家屬目前照顧的能力不足，於100年5月3日轉亞急性病房續復健治療，筆者護理期間為100年5月3日至100年11月30日。

## (四) 整體性評估

評估時間為100年5月3日至5月9日，運用觀察、會談、及病歷資料收集方式，以生理、情緒、智能、社會、靈性五大層面進行整體性評估：

### 1. 生理層面

病人外觀膚色黝黑，臉上常有眼屎、鬍渣、口腔有異味，衣服常反穿及黏食物殘渣，穿衣時需提醒正面穿法；指甲指縫有污垢，不會主動借指甲剪修剪，因跳樓骨折左腳走路跛行。身高166公分，體重68公斤，腰圍92公分，BMI：26，屬於體重過重，照會營養師後，一天飲食熱量限制1750卡路里，中晚餐飯量2碗，少吃青菜、偏愛肉類食物。平均睡眠時數6-7小時。95年之前生理無特殊疾病，但95年因幻聽跳樓骨折開刀輸血，轉來本院治療抽血報告，才發現感染HIV而通知案母，現Reyataz 400 mg及Kivexa (600mg/300mg)口服治療中，100年3月2日檢驗報告：CD3+/4+絕對值453.6 cell/ul為正常(正常為292-1366 cell/ul)，HIRE HIV病毒量結果：沒有發現病毒量，現每半年抽血追蹤，其他生化及血液檢驗報告在正常範圍內，皮膚完整無破皮、及卡波西式肉瘤，未出現藥物副作用，如疲倦、厭食、咳嗽、疼痛及發燒等症狀。精神科用藥以Zyprexa及Etumine為主，無藥物副作用及身體不適主訴。看見病友吃餅乾，眼睛會張大，會表示喜歡吃餅乾，案父偶會帶餅乾來探視。住院期間吃飯前後不洗手、用手指挖鼻孔直接拿食物吃，身上有異味，病友會反應病人有大便的味道。觀察病人刷牙、儀容整理、沐浴，5/1-5/3自己執行沐浴為0次，鼓勵自己沐浴及教導開關燈後仍會表示不想、自己怕黑，不敢一個人到浴室洗澡。分析：病人因疾病退化，缺乏動機加上案父直接幫忙洗澡，導致病人自我照顧能力缺失。

### 2. 情緒層面

病人表情平淡，有時會低頭自笑，詢問自笑的原因則以搖頭回應，觀察病人多獨自坐在沙發，叫喚病人名字不理會工作人員或病友，低頭看自己的手指，態度冷淡；詢問其心情不好時的宣洩方式，病人則搖頭回應；分析：對自己及他人的情緒淡漠沒笑容、沒眼神接觸，無法完整表達言語辭意，對周圍環境顯漠不關心。



### 3. 智能層面

病人常不自主發出聲音自笑，頻率、地點及時間皆不固定，詢問耳邊是否有聲音，則表示沒有。會談時無眼神接觸，對問話言語表達少，或以「好」、「有」、點頭、搖頭回應，甚至不回答；要求電視轉台未獲同意時，會站在護理站前重述53...53，詢問其53意思，只說53，觀察病人行為，並猜測詢問是不是說電視53台，病人才點頭說是。對定向感、記憶力、計算能力可正確回答，詢問下表示自己因為搵手才來住院，雖然表示不清楚為何要吃藥，但可配合服藥，無病識感。11歲（91年1月）S.P.M（智力測驗）百分等級「18」顯示智能中下，此次住院期間未做心理測驗。分析：病人的智能屬於可訓練的範圍，需在他人監督指導下可部分自理簡單生活，但案父認為自己做比較快，剝奪病人學習的機會，加上精神疾病的重覆發病住院及負性症狀，致功能降低影響病人自我照顧能力。

### 4. 社會層面

因外表黝黑常被稱呼為小黑，誤以為需以英文溝通，實際上病人在臺灣出生長大，是以本國國語為主要溝通語言。可搖頭回應自己和別人沒有特別之處，曾問媽媽「爸爸是黑人？」。案母描述病人發病前會陪自己看電視、聊天、談學校的事情……就學過程個性孤僻，個人衛生不佳，同學不喜歡和他相處，生病後未就學，所以沒有朋友。在病房多低頭靜坐在客廳沙發，拒絕參加活動，鼓勵說明不參加的原因，表示不要，會在電視前面向病友說53，但病友聽不懂，所以向工作人員抱怨說為什麼叫他都不理人家，是不是要說英文才聽得懂？會拒絕別人坐在他旁邊，護理人員要介紹病友時，則搖頭說不要，對工作人員，都叫喂或只用站立盯著對方，討論是否期待案母來探視，則搖頭說不要，甚至不回答。

家庭中互動狀態：

(1) 病人為兒子的角色：在家多躺床，少與家人有言語互動，住院期間和案父無言語互動，協助過程中不會表達「謝謝」或「爸爸再見」。沐浴全由案父協助，因過程擔心被父親催促責罵，病人會覺由案父幫忙洗就好了，所以沐浴全由案父協助。案父母溝通以英文為主，在家很少和孩子說話，孩子會問為何爸爸

都不說話。

(2) 據案母描述父親時，表示迦納的民風較臺灣落後、貧窮、且較多搶劫、竊盜，所以來臺工作以求有較好的生活環境，雖然臺灣治安比較好，工作薪資也較高，但是他來臺灣後，依然保持著對人防範、少語、保持警戒及距離的習慣，家中也裝很多道門鎖防範小偷，也教導病人要小心陌生人。他的非籍朋友曾遭到警察誤解而被毆打，因此覺得臺灣人對有色人種不友善，所以對陌生人顯得疏離。觀察病人對不認識的人也是防範心強、疏離及不語。案父的工作地點不固定，一個月平均只休息兩天，案母表示先生天生是做工的料，在工作上不停的做、很受老闆信任。常需在工地和醫院間來回奔波，來院立即幫病人洗澡，然後趕回家，會表示很累、幫病人洗比他還快。主要語言為英文，國語則是在工地自己邊聽邊學，只能書寫及看懂簡單文字，但因為案父說國語口音重、語法表達較難理解，如大力一點表示硬一點、眼睛張開表示關起來、頭抬高表示頭上來，溝通過程案父顯茫然、無奈，詢問是否瞭解工作人員之意思時，常尷尬傻笑，需由護理人員詢問才表示聽不懂。

(3) 案母對病人疏離，多次表達想帶病人自殺。對曾被病人攻擊在意，描述時，會提高音量表示「嚇死人了、看到他就會害怕、照顧他壓力大」。夫妻溝通曾因病人跳樓之事吵架，自述現在我們之間就像房客關係，我不想看到病人，也不想和先生談論病人的事。分析：由於缺乏和人互動的技巧，加上發病後言語溝通只能用簡短單字表達，導致社交互動障礙；另外，家庭成員缺乏相互溝通支持、缺乏互相協助，導致家庭成員使用危害性的因應方式。

5. 靈性層面：病人無特別信仰，對自己未來沒有規劃，未語意表達。

## 二、確立護理問題

綜合以上評估病人之健康問題為：自我照顧能力缺失/反覆發病缺乏動機、退化、父親照顧方式不當、智能不足限制；社交互動障礙/缺乏練習的機會、負性病徵、智能不足限制；家庭因應能力失調/和家庭角色及支持有關。其相關護理重點分述如下：

## 三、護理措施與評估

## 問題一、自我照顧能力缺失：沐浴、個人衛生

導因	反覆發病缺乏動機、退化、父親照顧方式不當、智能不足限制	
護理目標	短期目標：了解家屬的期待並促進病人的動機。 中期目標：病人可主動執行沐浴。 長期目標：提醒下可執行個人衛生包括：刷牙洗臉、儀容整理等。	
相關資料	護理措施	護理評估
主觀資料： 5/5引導說出無法執行的原因表示「不想、沒做沒關係」。 5/8案母表示個案生病前什麼都會做，生病後變成另外一個人，每天都躺床。 5/8案父表示個案生病後2至3天要來幫病人洗澡，鬍鬚及指甲過長不會自己修剪。  客觀資料： 5/3-5/10自行洗澡0次，洗澡過程病人呆坐。 5/10可主動至浴室刷牙洗臉，但刷牙只刷兩下，口腔有異味。 5/10皮膚油膩、臉上有眼屎及口水痕跡。	1.請白班小夜班同仁記錄「自我照顧行為觀察表」收集5/3-5/17自我照顧行為問題：以刷牙、修剪指甲、沐浴為主要觀察項目。 2.瞭解案父對自我照顧改善的期待 (1)先向案父自我介紹，和案父溝通過程放慢說話的速度，注意案父的表情，向父親表示若聽不懂時，可告知工作人員，工作人員可重複述說，以確認訊息的正確性。 (2)向案父說明目前病人在病房中，刷牙、儀容整理、刮鬍子及沐浴的執行狀況。過程詢問「希望一直這樣幫病人洗澡嗎？或是他可以自己做」。 (3)引導案父表達需要期待幫忙的項目「希望病人在照顧自己有什麼樣的能力？」 3.引發病人改變的動機，引導病人「爸爸白天要工作，晚上還要來醫院幫你洗澡很辛苦，你要不要學習自己照顧自己？」。  第一階段：(6/1-9/30)教導沐浴 4.訂定行為契約：邀請家屬及病人共同討論，訂定並說明學習自我照顧的行為治療計畫。並於契約上給予病人簽名同意並開始執行，病人及病房工作同仁各一份行為契約，達成一致性態度執行。 4-1.每週一、四和案父討論執行自我照顧需加強或案父需要協助的部分，過程若有聽不懂的部份，則以簡單文字寫在紙上並輔以字典查詢，過程以真誠的態度重複詢問、溝通，直到確認雙方意思。 4-2.建立沐浴時間表，每週一、三、五參與學習步驟，協同案父向病人說明洗澡的分解動作，建立一致性共同照護，並依步驟順序從頭至腳的清潔（清洗順序：臉→頭→頸→身體→四肢→後背）。 4-3.沐浴過程採分解步驟執行： (1)6/1-16盥洗用具準備及脫衣服準備洗澡，包括臉盆、洗髮精、香皂、毛巾，並檢查器具是否完整，並自行拿至浴室。 (2)6/17-30教導調整水溫及用水沖濕全身身體，看冷熱水顏色標誌，將開關開至中間位置，並用手背試溫度，調整自己舒適的溫度。 (3)7/1-25教導洗頭髮的方法，從前面開始輕抓至後頸部前，約清洗2分鐘時間。 (4)7/26-8/26說明洗澡的步驟，從頸部開始依序至腳底需塗抹肥皂。 (5)8/27-9/15沖洗身體及擦乾身體：蓮蓬頭需左右前後移動才可以將肥皂沖乾淨。 (6)9/16-30收拾盥洗用具及毛巾整理歸位，說明物品擺放的習慣及重要性。 4-4.和病人討論選擇自己喜歡的獎勵品，如低熱量纖維餅乾兩片。 4-5.表達比較執行前後的差異，當病人自行完成個人清潔時，予口頭讚美。 4-6.病人洗澡過程停頓時再加以提醒，無法執行時才從旁指導。 4-7.病人無法配合時，給予10至15分鐘等待陪伴並了解原因，可配合時給予小零食立即回饋。 4-8.運用正增強持續加強動機：一週達到行為約定3次，案父可帶外出散步或購物一次作為獎勵。 4-9.不固定比率增強：主護護理師輪休時，鼓勵病人配合其他工作人員協助，連續5天配合執行，依約定選擇自己喜歡的食物如雜糧麵包、高纖餅乾選擇其一給予獎勵。	5/17刷牙、修剪指甲及沐浴主動性為0次。 5/22案父表達希望病人可以自己洗澡照顧自己，再學習其他刷牙、洗臉、修剪指甲項目，刮鬍子基於安全由案父或工作人員協助。 5/31在工作人員邀請下病人願意嘗試自己洗澡。  第一階段： 6/16病人在提醒下會準備盥洗用具，偶會忘記拿洗髮精或毛巾，會先用水沖濕身體。 7/25頭髮只搓洗前半部，後半部清洗需提醒；香皂塗抹只抹肚子；雙腳、頭髮清洗需提醒。 8/26提醒下可用香皂塗抹身體每個部位。 9/17提醒下會將蓮蓬頭左右移動沖洗身體並用毛巾擦身體。 9/30可主動將盥洗用具擺回原處 10/1家屬依約定帶病人外出吃餅乾及散步；病人達成工作人員約定，選擇吃麵包獎勵自己。

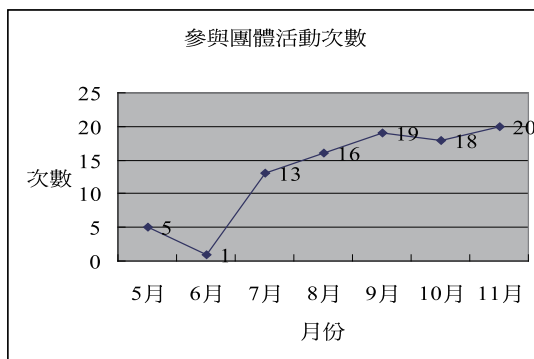
	<p>第二階段：(8/1-10/30) 訓練刷牙、洗臉、修剪指甲</p> <p>5. 建立病人執行個人衛生習慣</p> <p>5-1. 說明臨床觀察缺失如：刷牙、洗臉、指甲清潔，詢問病人「將自己洗得乾乾淨淨，別人也會喜歡你，你有沒有想要不一樣？」。</p> <p>5-2. 每天服藥前，由固定工作人員提醒執行刷牙、洗臉，並在旁觀察病人執行的品質。</p> <p>5-3. 晨間治療時檢查指甲的清潔，教導修剪指甲的方法，需要修剪在旁觀察執行的狀態。</p> <p>5-4. 每週評估自我清潔執行的成效，針對病人不足處加強教導並修訂護理措施。</p> <p>5-5. 完成後給予讚美及肯定。</p> <p>第三階段：後續照顧計劃</p> <p>1. 和病人討論採漸進式減少陪伴，提醒下可自行先至浴室清潔身體，穿衣階段時，工作人員先離開，讓病人整理物品直到離開浴室。</p>	<p>第二階段：</p> <p>8/15 刷牙洗臉在工作人員陪伴及口令下完成，由爸爸幫忙修剪指甲。</p> <p>9/18 提醒下可執行刷牙洗臉，會自行修剪指甲。</p> <p>10/30 起床時可主動完成刷牙洗臉。</p> <p>11/20 病人在減少陪伴下可自行完成沐浴。</p>
--	--	--

## 問題二、社交互動障礙

導因	缺乏學習的機會、負性病徵、智能不足限制	
護理目標	<p>短期目標：可認識主護護理師名字及說出病房至少5位工作人員姓名。</p> <p>中期目標：運用基本的人際互動語言表達，由單字增加為句子，並和病友有言語互動。</p> <p>長期目標：可在邀請下全程參與治療活動4-6次/週。</p>	
相關資料	護理措施	護理評值
<p>主觀資料：</p> <p>5 / 5 病人只發出「喂」，至護理站要求轉台看電視只說「53」或要食物只說「餅乾、早餐」。</p>	<p>1. 建立治療性人際關係，主動關心病人住院的生活適應。</p> <p>1-1. 晨間治療時由固定護理人員陪伴5分鐘會談，建立信任關係。</p> <p>1-2. 採一對一互動方式，使用有照片的名牌重覆介紹自己的姓名，並請病人口語表達護理師姓名。</p> <p>1-3. 主護護理師休假時，先告知代理護理師名字，並寫給病人，貼在床旁提醒，以逐步方式讓病人認識其他護理人員。</p> <p>1-4. 引發病人改變動機「不說出自己的想法，別人無法瞭解你幫助你」、「會造成言語詞句使用越來越少、無法維持正常的互動關係喔！」、「一起來練習看看好嗎？」。</p> <p>1-5. 向病人說明可練習改善的部分「每個人都有名字，若不知道護理師姓名，你可以問我。」、「我們先從認識工作人員開始練習，好嗎？」、「病房的公佈欄有每位工作人員的照片及姓名，你也可以用這樣方式認識工作人員姓名並叫他們的名字！」。</p> <p>2. 示範及反覆練習合宜的社交互動</p> <p>2-1. 互動時，護理師主動打招呼說「早安」，鼓勵病人以言語回應及雙眼注視護理師。「你也可以和我說早安！」</p> <p>2-2. 教導病人練習日常生活用語表達 首先單字增加為句子，引導病人使用「請問」為要求的開頭、「可以嗎？」作為問句結尾，做到時口頭予以讚賞。如「請問可以讓我坐嗎？」</p> <p>2-3. 教導病人說「謝謝」的情境並實際練習。如每天用餐時間拿取食物、別人答應自己轉台的請求、案父協助自己洗澡。</p> <p>2-4. 邀請每週參與生活座談會時自我介紹，引導病友和病人認識，促進互動。</p>	<p>5/25 可以叫喚出主護護理師及職能老師的名字。</p> <p>6/5 會主動看著名牌叫喚每個工作人員姓名。</p> <p>6/30 可以直接稱呼5位工作人員姓名，在叫喚下至護理站前配合服藥。</p>



<p>客觀資料： 5/5 雙眼緊盯護理師，對不認識護理師只叫喂。 5/8 獨自低頭坐在沙發上或躺床。 5/8 撥開坐在沙發的病友，但只說「不要」，身旁的病友表示不知道他的意思。 5/8 回答工作人員詢問多用點頭或搖頭方式表達。 5/10 對工作人員叫喚經常不理會，病友詢問病人的名字或打招呼無回應，對不認識的工作人員防衛心強不看對方。 5/13 統計5/3-5/12 參與團體活動共5次，之後邀請皆拒絕參加團體活動。</p>	<p>2-5. 在護理師引導下，介紹同病室病友給病人認識，眼神要注視對方，並互相自我介紹，釋出善意傳達關心。 2-6. 鼓勵病情穩定及熱心的病友，可以主動關心陪伴病人，建立信任感增加互動機會。 3. 鼓勵參與團體活動 3-1. 邀請病人參與病房活動，說明「參與更多的活動，假如你多練習就可以學到更多東西，你希望試看看嗎？」 3-2. 告知參與活動的好處如可以認識朋友、會比較快樂、有伴、互相幫忙，激發其改變動機。 3-3. 了解過去喜歡的活動項目，提供活動訊息及選擇，並和病人討論自己喜歡的活動項目。 3-4. 和病人討論自己喜歡的食物給予回饋，並增強病人參與活動的動機。 3-5. 向病人解釋採漸進式增加團體活動時間及次數，及給予活動時間表提醒。 3-6. 能主動全程參與團體活動，給予低纖維小餅乾2包回饋及口頭讚美，增強活動持續度。 4-1. 增加結構性團體及活動多元性，並與病友參加戶外活動如爬山、公園散步。</p>	<p>7/23 引導下使用單字表達如「早餐」「早安」，眼神短暫接觸。 8/15 接受工作人員或病友給予的物品提醒下可說謝謝。 9/23 可以在工作人員示範後，詢問病友「各位可不可以看53台？」，「請幫我轉53台，謝謝」，「我要吃餅乾，謝謝」等完整句子和工作人員及病友互動。 10/15 自我介紹時，眼神可注視對方，並與病友肩並肩一起看電視及參加活動。 7/15 病人同意參加團體治療活動，一週2次開始。 8/25 與病人討論時，病人選擇投籃，每次投入30顆球，每週採漸進式增加5球。 9/20 主動排隊參與團體治療，返室時給予低卡小餅乾2包回饋。 11/30 每週主動參與團體治療次數為6次，11/1-11/30 共20次（如圖）。給予低纖維小餅乾回饋表示喜歡有餅乾吃。 12/10 可全程參與結構性團體，如烹飪課。</p>
--	---	--



圖二 參與團體活動次數

問題三、家庭因應能力失調/家庭支持功能退化、家庭成員角色及功能僵化

導因	家庭支持功能退化、家庭成員角色及功能	
護理目標	<p>短期目標：家屬能說出自己的情緒壓力。 中期目標：家庭成員能使用分工方式訓練病人自我照顧能力。 長期目標：家屬能夠使用言語表達支持。</p>	
相關資料	護理措施	護理評估
<p>主觀資料： 5/12 案母表示「你知道我兒子多可怕嗎？每次談到時，就會覺得很煩，煩到快得憂鬱症，很想要帶他去海邊跳海自殺。」</p>	<p>一、促進家庭成員表達自己的情緒 1-1. 向父母介紹自己，每週至少一次與父母電話聯絡，建立信任感。 1-2. 透過會談，鼓勵父母說出照顧病人的心路歷程、宣洩情緒，過程傾聽、不批判，尊重其想法。 1-3. 與案父溝通方式：安排安靜的空間減少干擾，以簡單、易懂、並放慢速度表達，隨時觀察案父表情，若案父顯遲疑，主動詢問是否需要再說一次。</p>	<p>7/6 以電話聯繫案母介紹自己，案父則以書面及口頭介紹自己。</p>

<p>5/12案母表示「個案以前常打，自己我現在還是很怕，想到就嚇得要死，一點也不想看他。」</p> <p>5/15案父表示很累，趕快幫兒子洗完澡就要回家了。</p> <p>5/20協助病人打電話給案母時，病人皆沉默，案母說「他怎麼都不說話」。</p> <p>5/20案母表示「他以前很貼心、常跟我聊天，生病之後，連說話都不會了」、「自己的表妹也是精神分裂症，現在連自我照顧也不會，反正這個病也不會好。」</p> <p>5/22工作人員詢問病人不想見媽媽，病人搖頭說不要。</p> <p>客觀資料：</p> <p>5/15案父來院時，顯疲累狀，來院時立即幫忙病人沐浴，除叫喚病人過來、洗澡，少與病人對話，洗完早就走，未教導病人學習自我衛生及沐浴。</p> <p>5/17案在個案入住院期間未到病房探視病人，或來電詢問；每次去電家中，談起病人皆提高音量、激動。</p> <p>5/20案父無法瞭解工作人員表達的意思，會出現傻笑、搖頭、說聽不懂。</p>	<p>1-4. 與案父溝通過程，若不清楚案父的意思，以尊重、真誠的態度請案父再說一次。若案父無法瞭解工作人員要傳達的訊息時，工作人員會以電話聯繫案母，並邀請案母協助翻譯，讓案父瞭解內容的意義，並和案妻討論。</p> <p>1-5. 照顧過程適時給予案父母正向的肯定，如「雖然媽媽覺得很害怕，但是媽媽卻能參與溝通，實在很不容易。」</p> <p>1-6. 引導病人瞭解家人的感受及期待，促進個案改變動機。「你都不理媽媽，媽媽會覺得你不喜歡他，你可以打電話關心媽媽，讓媽媽知道你很關心他」</p> <p>二、引導家庭成員共同規劃病人自我照顧能力的訓練</p> <p>2-1. 協助父母討論共同期待「適當的訓練，能改善病人的自我照顧能力，但需要你們共同參與。」、「你們希望他能好到什麼程度?」</p> <p>2-2. 引導家庭成員參與協助病人復健之計劃及分工合作的執行方式。</p> <p>2-3. 引導家庭成員共同促進執行個人衛生能力（執行過程見護理問題一）</p> <p>三、促進家庭成員的表達相互支持的言行</p> <p>3-1. 鼓勵案父帶外出過程，主動和病人說話，返回病室時，引導病人向爸爸說「謝謝」、「再見」。</p> <p>3-2. 教導病人定時對案父母關心，向病人說明及準備打電話給案母「你都不理媽媽，媽媽會覺得你不喜歡他，你可以打電話關心媽媽，讓媽媽知道你很關心他」，引導表達的詞句及打電話的禮貌。做到時給予正向讚美，並約定下次打電話日期做準備。</p> <p>3-4. 與案父母討論在臨床觀察到病人不說話、單字的表達方式，並說明及教導媽媽在電話過程中和病人的互動方式，邀請案母每週與病人對話，過程中請先採傾聽，並給病人正向回饋。</p> <p>3-5. 討論溝通過程中遇到的困難，如遇到病人對問話不回應時，先採等待、引導的方式，有好表現時給予回饋，不要輕言放棄。</p> <p>3-6. 計劃性教導父母互動的方式及提供問題諮詢病情解釋，向父母說明，病人越不開口說話，越不會說話，他需要信任的人，媽媽是他親近的人，可以幫助他和他言語互動，也才會和別人相處。</p> <p>3-7. 和案母討論電話中言語互動過程，針對病人的言語表達，了解案母的感受，並正向回饋案母及病人的反應。</p> <p>四.提供社會資源及教導緊急求援方式</p> <p>4-1. 邀請案母來院探視，了解病人狀況，病人每週和案母電話聯繫。</p> <p>4-2. 提供照護訊息如家屬座談會、社區及門診精神科講座訊息、日間健康服務中心專線、夜間急診專線，以促進家人瞭解疾病並交流照顧經驗。</p> <p>4-3. 轉介社工人員，說明社會資源及轉介精神復健機構目的。</p>	<p>7/20案父說他四處亂跑，自己已要賺錢，下班後很累還要出去找人，很擔心他的安全；現在是要來幫他洗澡，才能回家休息。案母說「他四處跑我還要跟在後面追，以後我們兩個老了怎麼辦?」</p> <p>8/10案父無法瞭解工作人員表達的意思能直接說聽不懂來回應，案母會協助工作人員翻譯讓案父瞭解並討論。</p> <p>8/20在引導家人互相討論後，媽媽表示希望個案能好到可以照顧自己，希望可以學習跟人溝通，爸爸亦期望病人可以自己洗澡來減輕負擔，病人同意學習自我照顧來減輕父親的負擔。</p> <p>8/25經由引導後，父母同意一起參與病人訓練計畫，案父母雙方分工方式為：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 父親負責協助參與訓練病人個人衛生。</li> <li>2. 母親協助病人練習問候言語，若案父在與醫護人員溝通過程有不能理解的地方，則負責翻譯。</li> <li>3. 病人則學習自我照顧及表達對父母的關心及問候。</li> </ol> <p>10/30病人在引導下可以眼神看著案父說謝謝、再見，父子會互相點頭揮手道別。</p> <p>11/18病人同意打電話給媽媽，並事先做心理準備，及演練打電話的過程。</p> <p>11/21病人第一次打電話只說一句話。案母微感失望。並表達「病人怎麼只說一句話?」，經工作人員解釋，可了解病人現在是訓練階段。</p> <p>11/24病人撥打電話給媽媽，希望媽媽買東西給自己吃，自己想回家，掛電話前會主動和媽媽說再見並有笑容。</p> <p>11/30案母在電話中表示聽到兒子跟自己說話時很開心，及覺得病人的語言表達能力有增加，並主動詢問病人日常生活狀況，及和工作人員討論病人病情。</p> <p>12/15案母在10月及11月共來探視兩次，可以牽著病人的手散步並坐在客廳看電視。案母可瞭解精神復健機構及分享照顧訊息。</p>
---	--	---



## 討論與結論

本文病人為新移民之子，因多重因素導致自我照顧及社交能力退化，在與病患及其父母建立良好治療關係後，與其父母一起合作經行為修正、社交技巧訓練，採分解式動作教導病人、重覆練習、並使用病人喜歡的實質增強物鼓勵。結果病人從等待他人協助，到主動至浴室沐浴，且口語表達增加；增加與病友互動及參加團體活動；與案父母正向互動增加。印證了文獻（林，2005）提到找出合適的增強物，可以激發學習動力。

在照護初期與案父溝通時，由於案父的口語音調及語法表達問題，雙方言語溝通時，案父眼神總是充滿疑惑，似懂非懂的表情，也讓自己不知所措，筆者秉持尊重的態度，放慢說話速度、細心觀察並運用支援，如使用字條促進案父母討論，最後終能突破溝通的隔閡，提供護理照護。期間也看到案母態度的轉變，從不想看到他、想帶病人自殺，到會關心病人的生活狀態、討論復健目標並參與照顧。在引導下病人藉由電話和案母溝通，這是病人在住院之初從來沒有做過的事，從以往提到母親時，總是搖頭說不想回家，沒想到病人不但記得媽媽的手機號碼，也主動提到回家的要求。這些過程皆讓筆者深深感動，也體認到護理人員在促進病人回歸社會的後續照顧上，扮演一個重要的角色。

受限於病人功能退化、學習能力緩慢，在照護過程皆須事先告知學習的內容，給予時間及心理的準備，以減少抗拒，基於病人和其他護理人員在建立關係有困難，需要時間的磨合及信任，筆者休假前，皆先介紹代理護理師姓名，並叮嚀要遵從計畫的執行，也因而提升了病人的配合度。因此筆者也體認到護病關係的重要性。

最後，筆者感受到非裔家庭成員常會面臨外界特殊的眼光，如案母說他們的膚色太明顯，所以不敢讓案夫的朋友來家裡，擔心引起鄰居的注意。由於種族的膚色、低社經地位，會讓人與弱勢畫上等號的刻板印象，加上媒體報導，總以負面消息居多，如落後、貧窮、假結婚等，使得新移民家庭被污名化，受到大眾歧視。筆者在查閱文獻過程中，多探討女性新移民適應和新臺灣之子女教育，對男性新移民資料少有探討，雖然文中的父親來臺28年，仍有語言隔閡、不瞭解其意及表達不清的情形，且案母表示案父的生活圈，仍以非籍的友人為主。建議臨床工作人員，面對

新移民應更需要耐心傾聽及尊重語言差異，關心新移民家庭文化背景對家庭成員的影響，強化以家庭為中心的照護，加強資源的連結轉介及提升跨文化照護能力，才能給予適切的照護需求。期將這次護理經驗，提供臨床參考。

## 參考文獻

- 王士華、戎瑾如、陳喬琪、魏秀靜、林寬佳（2007）。青少年精神分裂病患主要照顧者相關壓力、習得智謀與照顧負荷之研究。《護理雜誌》，54（5），37-47。
- 王秀梅、蘇淑芬、劉波兒、王建得（2012）。新移民母親陪同孩童就醫急症就醫之經驗。《護理暨健康照護研究》，8（1），14-23。
- 王純娟、劉玉雲、戎謹如、黃瑞媛、廖肇安、連寶珠…蘇淑芳等合譯（2012）。《行為治療與認知治療》。蕭淑貞總校訂。精神科護理概論—基本概念及臨床應用（八版，237-263頁）。臺北：華杏。
- 內政部統計處（2011，11月）。100年內政統計通報。2011年12月25日取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/ml-02.xls>
- 何緯山、陳志賢、連廷嘉（2006）。從家庭教育談外籍配偶子女的學習困境與因應之道。《教師之友》，47（5），21-27。
- 周天給（2005）。臺灣外籍新娘對婦產科診所就醫評價之研究（未發表的碩士論文）。臺北醫學大學醫務管理學研究所在職專班。
- 林正文（2005）。《行為改變技術》。臺北：五南。Lin, Z. G. (2005). Behavior modification. Taipei: Wunan.
- 黃玉珠（2012）。新移民跨文化就醫困境與社區護理人員跨文化照顧能力的探討。《護理雜誌》，59（2），17-22。
- 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。《臺灣醫學》，15（4），365-374。
- 黃美意、林惠賢、蘇淑芳、許秀月（2010）。慢性精神分裂症病患自我效能與自我照顧能力之相關因素探討：以男性精神分裂症為例。《精神衛生護理雜誌》，5（1），1-11。
- 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），65-71。

釋見咸 (2003) · 社區中的外籍配偶教育 · 成人教育月刊 · 75 · 31-35。

Guendelman, S., Schauffler, H. H., & Pearl, M. (2001). Unfriendly shores: How immigrant children fare in the U.S.health system. *Health Affairs*, 20(1), 257-266. doi:10.1377/hlthaff.20.1.257

Gunatilake, S., Ananth, J., Parameswaran, S., Brown, S., & Silva, W. (2004). Rehabilitation of schizophrenia patients.

*Current Pharmaceutical Design*, 10(18), 2277-2288. doi:10.2174/1381612043384141

Grant, P. M., & Beck, A. T. (2010). Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 65-70. doi:10.1016.psychres.2010.01.005

Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Hoemaker, N.C. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing* (5<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Saunders.

# A Nursing Experience of an African-Taiwanese Who Suffered from Schizophrenia

Tzd-Yu Hsiung<sup>1</sup> • Yu- Ju Yeh<sup>2</sup> • Tsu- Hui Yang<sup>3</sup>

**ABSTRACT:** This article describes a nursing experience of an African-Taiwanese who suffered from schizophrenia. Because of the disease, the patient's physical functions deteriorate and must mainly rely on his family members to look after him. However, the workload made his father exhausted after long-hour caring, who didn't know where to seek resources for assistance owing to language barriers. The nursing period started from May 3rd to November 30<sup>th</sup> of 2011. The data of the patient's progress were collected through interview, observation, and phone calls, in which relevant nursing assessments were conducted in accordance with five major aspects. Afterwards, we established the patient's health problems as follows: self-care ineffectualness, impaired social interaction, and disabled family coping ability. We adopted behavior modification methods, and cooperated with her family to instruct the patient how to take a bath. Besides, we improved his social skill and interaction by demonstration, practice, feedback and positive reinforcement techniques. Moreover, we provided the family with information of persistent medical care. We also help modify the ways that the family members used to take care of the parent, and further encouraged them to share experiences and communicate with each other. Finally, the patient could take a bath by himself, and be able to express his needs by simple expressions from staring at people with silence at the very beginning and gradually took part in group activities. In other words, the patient's interpersonal relationship was enhanced, so did the family members' caring skills. It is the technique that integrates independent self-help care with improved social capability. From the nursing experience, we thus suggest that clinical staff while facing new-immigrating families should pay more attention to listen to their needs with patience, and respect their culture features, in order to provide appropriate care.

**Key Words:** Behavior Modification, Foreign Family, Schizophrenia, Social Skill Training.

---

<sup>1</sup>RN, Department of Nursing, Taipei City Hospital, Songde Branch, Taipei, Taiwan. <sup>2</sup>RN, MSN, Head Nurse, Department of Nursing, Taipei City Hospital, Songde Branch, Taipei, Taiwan. <sup>3</sup>RN, MSN, Head Nurse, Department of Nursing, Taipei City Hospital, Songde Branch; Technician of Medical Affairs Division, Department of Health, Taipei City Government.

Address Correspondence to: Tsu- Hui Yang, No. 309, Songde Rd., Taipei, Taiwan ROC.

Tel: 886(2)27208889 ext. 7101; E-mail: melody6c@yahoo.com