

協助一位慢性精神分裂症患者復健之護理經驗

歐靜宜¹ 陳麗玉²

摘要：本篇報告係描述照顧一位不遵從服藥的慢性精神分裂症患者，從住院到進入庇護性工作職場之護理經驗。此患者因缺乏病識感及不遵從服藥，導致多次疾病復發及重複住院。筆者於照顧期間經整體性護理評估收集資料後，確立其護理問題為：未規則服藥、社交互動的障礙、及個人因應能力失調。藉由治療性信任及同盟關係的建立，傳達關心與接納；並尊重及參與其宗教信仰，鞏固其持續接受治療的動機；同時監測服藥行為及反應、改善藥物副作用、提供護理指導，促進對疾病及藥物的認知，並正確接受藥物治療。且提供患者工作技能復健訓練，進而投入醫院庇護性工作，以增進其生活功能。藉由多項護理措施的介入及回饋，使得個案願意持續接受藥物治療，面對挫折的處理能力增加，與他人能有合宜之互動，並從工作情境中提升其自尊及獨立生活的能力。

關鍵詞：慢性精神分裂症患者、復健、精神科護理。

前言

精神分裂症是一種嚴重的精神疾病，其在台灣的盛行率約佔千分之三；台灣地區急性與慢性住院的病人中，精神分裂症患者約佔50至60%左右（劉，1999）；且其病程偏向慢性化，病況時好時壞，大多需要長期服藥及復健治療（胡，2002）。東方社會對於精神疾病的污名化，以及媒體不斷報導精神疾病患者的暴力攻擊，使得患者接受自己有精神疾病更加困難。由此可知，症狀干擾、缺乏疾病與藥物認知、烙印處境等因素，導致患者難配合治療與復健計畫，更引發疾病惡化及重複住院。

本文主要為照顧一位不遵從服藥的慢性精神分裂症個案，從住院到進入庇護性工作職場之護理經驗。此個案因對疾病及藥物的認知不足，導致症狀起伏、功能表現懶散、挫折忍受度及衝動控制力降低。筆者藉由與個案建立信任的治療性關係，瞭解未規則服藥的原因，施以藥物衛教並監測其服藥反應，增加其對

藥物的認識及服藥遵從性。並適時介入及提供合宜的護理措施，強化其持續治療的動機，使病情更趨於穩定。同時教導工作技能及修正人際互動問題，以增加個人的因應能力及改善人際互動的技巧，促使個案能積極投入工作，提升其自尊，進而回歸社區。

文獻查證

一、慢性精神分裂症

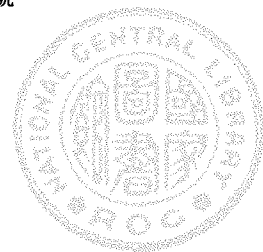
精神分裂症的精神病理主要以認知障礙為主，其本身會造成患者日常生活處理能力變差、社會功能下降，及有脫離現實之情形（胡，2002）。患者多於成年早期發病，症狀可能持續終身，不僅衝擊著患者及家屬，亦導致社會成本負擔；故為精神心理衛生防治的重要議題（王、周，2005）。且患者常需面對症狀起伏、長期服藥、社會污名化、生活壓力及社會適應等多重壓力，故於回歸社區後若缺乏合適的追蹤及復健計畫，易再反覆住院（Appleby, Desai, Luchins, Gibbons, & Hedeker, 1993）。因此，照顧患者時應謹慎監測，以執行病程各階段的護理措施，並應依其功能轉介至相關的復健機構，使患者能獲得持續性的照顧。

二、治療性人際關係及靈性信仰在精神科護理的應用

李（1997）強調治療性人際關係為精神醫療及護理工作中最基本的治療工具；尤以和患者接觸最密切之護理人員為甚。其運用主要為增加患者的安全與滿足感、增強溝通能力、學習適應社會生活的新模式，及提升患者之自我價值與自尊，進而回歸家庭及適應社會生活。而宗教和靈性信仰在協助患者整合及治療疾病的復原過程中，扮演著不可或缺的角色，是患者遭受苦難時發現意義及希望的力量（Deegan,

¹國立成功大學醫學院附設醫院護士 ²國立成功大學醫學院附設醫院護理師

受文日期：95年6月1日 接受刊載：95年9月1日
通訊作者地址：陳麗玉 70403台南市勝利路138號
電話：(06) 2353535-4161



1993)。研究指出對嚴重精神疾病患者而言，靈性和宗教信仰與增進心理健康及減少精神症狀有正相關。從心理健康的觀點，有宗教和靈性信仰的患者在疾病復原、凝聚力、希望感及個體充能上有較好的結果；且其焦慮、憂鬱或整體精神症狀的呈現會明顯減少 (Corrigan, McCorkle, Schell, & Kidder, 2003)。是故，護理人員與患者建立治療性關係時亦可由此角度介入，讓患者藉由禱告或聖經的思想與上帝溝通，能以更健康的觀點確認遭受此痛苦的特殊意義；並使患者覺得自己仍是被愛、有價值的個體，而更有遵從疾病相關治療的意願。

三、精神分裂症患者的服藥遵從性

藥物治療是患者主要的治療方式，但患者多半於病情好轉時即停藥。研究指出服用非典型抗精神病藥物、錐體外徑副作用及鎮靜作用較少、症狀嚴重度較輕的患者，會有較好的服藥遵從行為；且患者的症狀嚴重度、鎮靜作用及藥物種類，均為服藥遵從行為的重要預測因子 (鄭, 2002; Csernansky & Schuchart, 2002)。而於臨床實務中，護理人員在藥物衛教、監測服藥反應及促進患者的服藥遵從行為上，扮演著評估者和教育者的角色 (藍、蕭、黃, 1997)；當發現患者未規則服藥時，應仔細評估影響其服藥遵從的原因，進而能設計出提高患者服藥意願的治療計畫 (鄭, 2002)。此外，護理人員可著力於和患者分享藥物治療過程中的主觀感受與困擾、賦予患者參與治療決策的權利、鼓勵患者與醫護人員結盟，共同為達到最佳的治療效果而努力 (藍、林、蕭, 2002; Buchmann, 1997)。故於藥物治療過程中，護理人員需持續地評值患者症狀的改善情形、藥物副作用對日

常生活的影響、及患者對藥物治療效果的感受是否符合期待等，以進一步確認患者對其藥物的接受度。

四、精神分裂症患者之復健

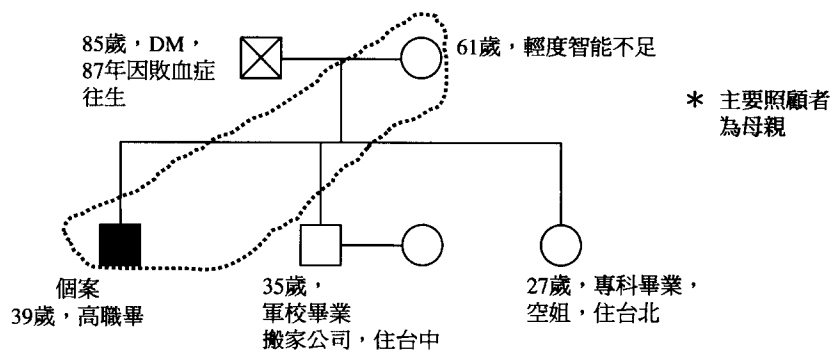
藥物、心理及復健治療是患者的治療方式 (胡, 2002)。鄭、褚 (1994) 研究顯示，安排患者定期至院外或於院內做搬運工作及院區的打掃等，對慢性精神疾病患者之工作行為表現、體能狀況及日常生活功能的改善有所助益。而黃 (1997) 強調發展本土性的支持性就業模式，提供患者參與醫院內的經濟活動，如：洗衣、院內打掃等，不但能提升患者的自信，亦可強化其成就與價值感。

綜合上述文獻顯示，患者除需長期的藥物治療外，通常需有持續性的復健計畫，以維持症狀的穩定性及能夠充分發揮其現存的功能。故筆者應用治療性關係及個案的信仰，積極理解個案未規則服藥的原因，以執行相關的護理措施，促進個案的服藥遵從行為。而於個案症狀穩定的前提下，擬定並提供合適的院內復健計畫，藉此強化其日常生活功能，以重建及展現其獨立的生活能力與自信。

護理過程

一、個案簡介及家庭狀況

鄭先生39歲未婚，高工畢。個性好勝、愛比較，和朋友關係表淺。曾擔任業務員、主廚、大樓守衛等工作，常因症狀惡化或嫌薪資太少，導致難以持續地工作。其家庭成員有父母、弟弟、妹妹 (見圖一)。父親因糖尿病引發敗血症死亡；母親輕度智障；弟弟



圖一 家族圖



婚後定居台中；妹妹在台北租屋工作。故個案與母親同住，雖覺母親是其負擔，但又強調要負起長子的責任。因個案發病時曾被弟弟強行送至醫院，爾後又常為父親撫卹金使用及母親的生活費而有爭執，故彼此互動疏離。妹妹雖較關心個案，但因居住於北部，互動較少（見圖二）。

二、過去病史

80年8月有自言自語、自笑、怪異行為、脾氣暴躁、被害妄想等症狀，及有暴力行為而住院。出院後個案因不規則服藥致疾病復發，曾先後在玉里、嘉義榮民等醫院治療，詳細次數個案已不記得。若配合藥物治療下，出院後可在餐廳工作約二個月至半年。此次住進日間病房係因生活型態鬆散，期待能有工作機會，而於91年10月23日至日間病房住院接受「希望學員就業訓練方案」，10月29日開始參與職場訓練；11月11日成為編制內精障員工，於92年3月11日出院，繼續在本院庇護性就業及門診追蹤至92年12月31日止。

三、護理評估

依身體、情緒、智能、社會及靈性等五個層面收集資料，評估其健康問題（評估期間為91年10月23日～92年4月30日）

（一）身體層面：

身高167公分，體重81.5公斤，身材矮胖，腹部微凸。排尿、排便順暢。睡眠時數每天約有8小時。三酸甘油脂及脂肪酸偏高，超音波檢查有中度脂肪肝，配合藥物、飲食及跑步運動控制中。已抽煙20多年（每天1包），症狀穩定時約每天抽10支。休閒多

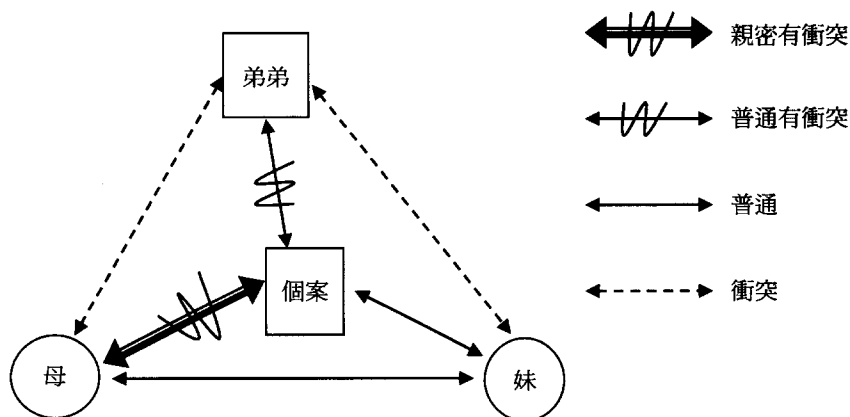
為靜態活動，假日以教會活動為主。當症狀不穩定時，常會打電話給護士，抱怨腰酸背痛、胸痛、胃痛等身體不適，要求立刻至其它科別就醫及開藥，但經醫師評估及檢查並無特殊病變。此外，個案在意勃起問題，認為無法展現男性雄風及傳宗接代，而常有服藥拖延或拒藥情形。

（二）情緒層面：

情緒表達方式較壓抑，且不敢當面拒絕他人的要求（在職場工作時尤甚），但會轉而向熟悉的病友及工作人員抱怨。經工作人員前往瞭解職場文化及個案之工作狀況，發現職場在工作分配和調度上，確實存有些許問題需進一步協調。此外，個案易以外射、合理化及逃避方式因應壓力事件，或藉由身體化症狀來呈現其負面的情緒衝擊。例如：個案被通知到A病房去接送住院病患做檢查，但到A病房時工作人員表示該病患沒有安排檢查，主觀認為是個案做事太粗心！個案當時沒有特殊的情緒反應，經回到總務部告知正式職員現況，又被當時的指派人員說：「要是你會應變先打個電話回來澄清，就可以再接下一個病患做檢查，你跑來跑去的根本是在浪費時間」。個案雖一肚子火但沈默以對，於下班時向職場負責人請假，表示身體不適不想去工作。

（三）智能層面：

意識清醒。定向感、記憶力、判斷力及理解力均正常。智商因生病多年而稍衰退下降。評估無正性精神症狀，但思考固著。對其信任者言聽計從，會選擇特定醫師就醫及聽從權威人士的建議。病識感薄弱，對生病有恥辱及自卑感，提及「我又沒生病幹嘛要吃藥？」，認為服藥與否皆差不多而自行停藥；亦認為



圖二 家族成員互動圖

服用藥物使其記憶力減退。強調「男性最重要的是性功能，無法勃起、沒男性雄風怎麼可以？」，堅信主耶穌才可治癒其疾病。觀察到個案不規則服藥，如：忘記帶藥回家服用、假日後返院藥物數量不符（過多）；也常有腸胃不適、腹脹、是不是得癌症等身體不適的抱怨及焦慮；會要求醫護人員依其需求配藥；且常需護理人員打電話叮嚀追蹤才勉強配合服藥。

(四) 社會層面：

表示有遠憂、卻對現實無奈；自覺人生是軟弱而無助的。常有低自尊言詞，深感在職場上即使表現得再好也永遠比不上正式職員。此外，個性敏感常認為被人瞧不起及被社會所排斥。目前與病房內的一、二位病友及教友較有互動，常於假日相聚泡茶、聊天。最討厭指責型的人，對朋友的定義為「患難之友才是真友」。

(五) 靈性層面：

隨身攜帶聖經，為虔誠的基督徒。每週必參加教會禮拜，深信上帝可解決他的所有事情。同時，個案希望讀更多的書並賺更多的錢，以便照顧自己及母親，不必向人伸手要錢。

護理問題與計畫

綜合上述的評估，歸納個案主要的護理問題有：不規則服藥、社交互動障礙、個人因應能力失調。

1. 不規則服藥 (91年10月23日~92年7月31日)

【主客觀資料】(一) 個案表示：「我又沒生病幹嘛要吃藥？」、「男性最重要的是性功能，無法勃起、沒男性雄風怎麼可以？」、「吃藥又不會使記憶力變更好」。(二) 觀察到個案不規則服藥，如：忘記帶藥回家服用、假日後返院藥物數量不符（過多）；也常有腸胃不適、腹脹、是不是得癌症等身體不適的抱怨及焦慮；會要求醫護人員依其需求配藥；且常需護理人員打電話叮嚀追蹤才勉強配合服藥。

【護理目標】(一) 91.11~92.3個案能被動配合服藥不拖延。(二) 92.4~92.5個案能主動服藥及訴說不舒服的經驗。(三) 92.6~92.7個案能具體說出藥物對其病情的幫助。

【護理措施】(一) 建立治療性人際關係：1.每日與個案會談30分鐘，主動關心其需要，減低或轉移其身體不適的抱怨；2.傾聽及接受個案對疾病治療的無力感及不滿，例如：個案提及治療那麼多年也沒能

改善記憶力；以前思考很清楚，現在想什麼卻不容易想起來。醫師也不接受其建議，跟醫師談事情時，有時醫師會很不耐煩地走掉。筆者感受到此生病過程帶給個案很多困擾；而在與醫療人員的互動上，也讓個案覺得不被尊重；3.強調筆者與個案站在同一陣線上，將共同面對及解決治療上之疑難雜症。(二) 鼓勵個案說出對生病及治療的想法，予以同理並適時澄清；瞭解個案對醫療及藥物的認知程度，作為介入措施之參考。(三) 藉由同儕間的力量及個案信任的權威醫師進一步肯定藥物對其疾病的療效，例如：安排主任門診提供醫藥諮詢。(四) 計畫性護理指導：1.參加「職前醫療課程」，內容有疾病原因、藥物與我等，增加個案對疾病及藥物的認識；2.與個案及醫師共同討論藥物調整，讓個案體驗及確認更換藥物前後藥物對其疾病的療效及副作用間的差異；3.自排藥物訓練，以增加個案對所服藥物之認識，並監測藥效及副作用變化，再討論藥物調整之必要性；4.陪伴讀聖經及禱告，紓解個案內在之擔憂；共同討論男性特徵除性功能外，仍可藉由外在、體格、聲音及行為來呈現。(五) 統整個案住院前、後之改變，具體指出其進步處，並連結這些進步點與所服藥物之間的相關性。例如：個案住院前未規則服藥、常身體不適、情緒較浮躁及生活懶散，在住日間病房規則服藥後，不但情緒穩定，生活作息正常，也有金錢上的收入，漸有能力照顧自己及母親。

【護理評估】(一) 91.12個案到院後能主動服藥，護理人員需打電話追蹤叮嚀服藥的次數明顯減少（約1-2次/月）。(二) 92.3參與「職前醫療課程」中，可主動與講師和病友們分享，及描述其服藥和調整藥物的經驗。(三) 92.4個案自述在其疾病治療與復健過程中，因筆者的照顧使其對服藥較具安全感，提及筆者是其重要的支持來源；個案同時強調「若有一天不吃藥就會思緒紊亂」的經驗，此不舒服的現象需靠補服藥物方能獲得改善。92.7治療過程雖曾調整其它用藥，但因效果不彰，個案確認目前所服用的藥物對其最具療效，尤其對思緒統整有所助益。因認同藥物協助、工作上的表現及回饋，加上虔誠的禱告，個案漸可釋懷起困難的處境。

2. 社交互動障礙 (91年10月25日~92年6月30日)

【主客觀資料】(一) 個案表示：「我不要跟日間病房的病人在一起，他們是瘋子」、「職能活動對我又沒有幫助，只會降低我的水準而已」、「職場



的正式職員都叫我做事，大床都叫我們推，剛送完一個病人尚未喘氣，又叫我再接送病人，很討厭！」。

（二）觀察個案擔心被笑「又住院了」，與病友說話多揶揄、諷刺口吻而易起爭執。雖可規律到日間病房，但常會藉身體不適拒絕參加團體治療活動，獨自在活動室看報紙，或想找工作人員聊天；觀察在職場上較少與正式職員互動。

【護理目標】（一）91.11～92.3個案能每天規律與病友共同參與團體治療活動。（二）92.4後個案不再出現對病友調侃及諷刺等不適當言詞。（三）92.5後個案可自我肯定及發展合宜的人際互動技巧。

【護理措施】（一）鼓勵及陪伴個案參與治療活動，並針對其活動的持續度、專注力，給予回饋。

（二）每二週定期進行以人際互動為主題的會談：1.以開放態度，引導個案談論過去與人互動的正負面經驗；2.接納個案外射、合理化及逃避現實的反應，例如：個案與病友起爭執時會認為都是對方的錯，是對方故意找他的毛病，不滿病友說話的口氣，認為不尊重他。予傾聽個案的描述，不批判對錯；並適時同理個案與病友間互動的挫折經驗；3.協助個案去察覺調侃、諷刺他人及難分辨開玩笑尺度所引發的人際問題；藉由角色扮演訓練，強化可被他人接受的行為，增進人際互動的技巧。（三）教導自我肯定的方法：1.每早對著鏡子告訴自己昨日進步處及今日預努力的點，或藉由禱告來強化信心，2.協助個案嘗試接受正式職員的不完美及欣賞自己的成長，3.與個案討論及分享疾病污名化、職場工作時間調配及與人相處等其所關注的問題。

【護理評值】（一）92.3個案能規律與病友共同參與團體治療活動，獲得「希望學員全勤獎」的肯定。（二）92.4個案可融入團體中，並能輕鬆地與其他病友相處；92.5個案與病友互動過程，漸能體諒病友們不合宜的行為表現，未出現批判或諷刺等不合宜的言詞。（三）92.6個案對工作有正向評價並肯定自己的表現，能平和分享與正式職員間的相處經驗。

3.個人因應能力失調（92年2月5日～92年11月30日）

【主客觀資料】（一）個案表示：「我想在外面找工作，在這兒做的要死要活的，才只有一點點薪資而已」、「我不要做了，派我去接病人，但給錯床號，害我白白被挨罵」、「SARS很可怕，我會不會被傳染到，我要停職」。（二）觀察個案不滿職場工

作量的調配，當有挫折時，其身體不適的抱怨增加（如：肌肉酸痛），且下班後打電話給護理人員尋求協助的頻率增加。

【護理目標】（一）92.3後個案能利用護理人員教導的方法減輕職場的壓力及挫折。（二）92.6～92.7個案能覺察自己與他人的互動是會相互影響的。

（三）92.7～92.11個案能面對問題，並發展適當的因應方法。

【護理措施】（一）與個案討論情緒與身體反應之間的關係：1.經由外在行為表現，增進個案對自身特質的瞭解，例如：個案很敏感、自卑，擔心自己是精神疾病患者，職場人員一定會排斥他。因此，遇到事情進行不順利時，個案就會生氣表示自己不做，或隔天想請假不去上班。筆者陪伴個案向對方瞭解實情，並於事後與個案討論及分析事件的原委；2.協助個案了解自身的行為反應與身體僵硬酸痛、情緒煩躁等不適之間的關聯性。（二）鼓勵個案利用所教導的方法減輕職場上的壓力及挫折：1.利用深呼吸放鬆技巧、熱敷等紓解壓力；2.透過角色扮演，讓個案學習表達及澄清自己的感受，例如：當個案被指派錯誤的工作時，可學習用該單位的電話與總務部聯絡以進一步瞭解實情，並以輕鬆的口氣告知對方為了此事自己也很懊惱；3.安排及監測規律校園跑步運動之執行（每次40分鐘，每週至少2次）。（三）每2週前往職場，實地觀察個案工作表現及與正式職員的相處。

（四）提供個案宣洩情緒的管道：1.利用每週五團體討論會，鼓勵分享工作經驗及關注問題，同時學習接受病友提供的意見；2.增進個案對醫護人員、教友、朋友等支持系統的利用。

【護理評值】（一）92.3個案能藉由規律的校園跑步運動、按摩等方法減輕壓力；觀察個案精神狀態變好、表情較豐富有變化、身體不適的強度和頻率減少，且可持續準時到職場工作。（二）92.6個案表示當遇到與他人意見不同時，較可自我控制不會馬上生氣，會先試著與對方澄清並聽其說法，以減少誤解；此外，個案也認為當自己能心平氣和的向對方表達看法時，較能掌握及判斷對方的言詞內容；同時感受對方的表達和態度也較為友善。（三）92.7個案持續參加工作職訓練，對正式職員的讚賞覺得高興，也漸能肯定自己。此外，個案想法更具彈性，亦漸能接受繁雜工作的安排。



結論與討論

李(1997)提及治療性人際關係是以治療與復健為導向，運用持續性、一致性的態度與患者建立關係。且宗教及靈性信仰能於患者遭受苦難時發現其意義與希望(Corrigan, McCorkle, Schell, & Kidder, 2003; Deegan, 1993)。此個案對信仰極為虔誠，亦是其生活的重要支柱。筆者雖為佛教徒，但尊重個案的信仰、真誠分享生活中對壓力事件的處理方式，及陪同參與其教會的相關活動，以建立相互信賴的關係，並瞭解其宗教信仰、生活方式對疾病及服藥遵從性之影響。藉由治療性信賴及同盟關係的建立，讓個案感受到被支持與接納，進而能開放的表達其在藥物治療過程中的感受及負面經驗；此關係有助於後續的護理指導，重建患者對藥物的認識，並鞏固其持續治療的動機(藍、林、蕭，2002；Buchmann, 1997)。

同時，筆者也瞭解並接受個案關注所服藥物對性功能的影響，經與個案、醫師共同討論及嘗試做相關藥物的調整；因個案十分認同藥物在「思緒統整」上的助益、且有持續工作的增強及禱告的慰藉，個案漸對勃起困難的處境釋懷，可持續服藥，未再抱怨藥物或要求更換藥物。而在工作復健及人際互動上，個案能準時上下班，有穩定的收入。此外，個案想法較具彈性，抗壓性增加，能改變自己與正式職員相處的態度，減少不合宜的互動行為，也較能接受職場的工作調度與安排。顯見復健治療能增進患者的生活功能及自信(胡，2002；黃，1997；鄭、褚，1994)，改善患者以往懶散、無所事事的生活形態。再者，筆者也深刻體認在協助患者復健的過程中，除需確立服藥遵從及症狀穩定性外，配合提供持續的追蹤及復健計畫，更有助於患者獨立功能的展現。

通常家屬在疾病治療及復健過程中扮演著重要的角色，本個案由於母親為輕度智障者，加上其對母親情感上的矛盾，因而在護理過程中並未與家屬接觸，瞭解家屬對治療的觀點或處理家庭互動的問題，此乃本篇報告之限制。此外，如何讓個案從現實的職場工作及微薄的薪資中，能建立自信進而肯定自我價值，亦是相當重要的議題。建議未來可針對這些問題對個案之影響做更深入的探究。

參考文獻

- 王俊凱、周元華(2005)·精神分裂症·*臨床醫學*，55(6)，415—425。
- 李選(1997)·治療性護病關係·於蕭淑貞等編著，*精神衛生護理學*(33-44頁)·台北縣：國立空中大學。
- 胡海國(2002)·精神分裂症之社區流行病學·*當代醫學*，29(9)，717—727。
- 黃煥齡(1997)·慢性精神病患社區支持性就業的行動分析·未發表的碩士論文，花蓮：東華大學族群關係與文化研究所碩士論文。
- 劉智民(1999)·精神分裂症·於李明濱主編，*實用精神醫學*(二版，129-138頁)·台北：國立台灣大學醫學院。
- 鄭南鵬、褚增輝(1994)·勞務性工作訓練對慢性精神分裂症病患治療成效之探討·*職能治療學會雜誌*，12，59—68。
- 鄭湘茹(2002)·精神分裂症患者服藥遵從行為與服藥種類、副作用及症狀之相關性研究·未發表的碩士論文，花蓮：慈濟大學護理學研究所碩士論文。
- 藍菊梅、蕭淑貞、黃瑞媛(1997)·運用理論促進精神分裂病人服藥遵從行為的過程·*護理雜誌*，44(1)，56—62。
- 藍菊梅、林信男、蕭淑貞(2002)·精神分裂症服藥結盟(服從性)行為之預測因子·*台灣精神醫學*，16(2)，63—71。
- Appleby, L., Desai, P. N., Luchins, D. J., Gibbons, R. D., & Hedeker, D. R. (1993). Length of stay and recidivism in schizophrenia: A study of public psychiatric hospital patients. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 72—76.
- Buchmann, W. F. (1997). Adherence: A matter of self-efficacy and power. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 132—137.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 487—499.
- Csernansky, J. G., & Schuchart, E. K. (2002). Relapse and



rehospitalisation rates in patients with schizophrenia:
Effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs*,
16(7), 473—484.

Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being
labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing &
Mental Health Services*, 31(4), 7—11.



The Nursing Experience of Assisting a Chronic Schizophrenic Patient in Rehabilitation

Chin-I Ou¹ • Li-Yu Chen²

ABSTRACT: This case report describes the experience of nursing from hospitalization to supportive employment a chronic schizophrenic patient with poor medication compliance. The patient's lack of insight and poor medication compliance was resulting in symptom relapse and repeated hospitalization. By means of a comprehensive nursing assessment and data collection during the nursing period, the authors ascertained the nursing problems as poor medication compliance, impaired social interaction, and ineffective individual coping. The establishment of therapeutic trust and allegiance conveyed to the patient the nurses' concern for and acceptance of him. Their respect for and sharing in his religious beliefs consolidated his motivation towards continuous medical intervention. At the same time, the nurses monitored the patient's behaviors and responses to medication compliance, ameliorated the side-effects of medication, and provided nursing guidance to enhance his understanding of his illness and medication, as well as helping him to accept treatment with medication. In addition, the patient was provided with rehabilitative working skills training, to enable him to progress to supportive employment in the hospital and to improve his living functions. As a result of various nursing interventions and his own feedback, this patient became willing to accept medication, to enhance his capacity to cope with frustration, to interact with others appropriately, and to promote both his self-esteem and, from his work environment, his capacity to live independently.

Key Words: chronic schizophrenic patient, rehabilitation, psychiatric nursing.

¹RN, Department of Nursing, National Cheng Kung University Hospital; ²RN, BSN, Department of Nursing, National Cheng Kung University Hospital.

Received: June 1, 2006 Accepted: September 1, 2006

Address correspondence to: Li-Yu Chen, No. 138, Sheng-Li Rd., Tainan 70403, Taiwan, ROC.

Tel: 886(6)2353535 ext. 4161; E-mail: lychen@mail.ncku.edu.tw

