

# 一位精神分裂合併慮病症患者之居家照護經驗

鍾逸霏<sup>1</sup> 謝素真<sup>2</sup>

**摘要：**本文探討一位精神分裂合併慮病症患者長期因妄想干擾出現焦慮、害怕而到處求醫，拒絕護理人員訪視的居家照護經驗。照護期間為2008年7月1日至2009年1月9日。筆者藉由16次居家訪視及3次電訪，經觀察、會談及查閱病歷等方式收集資料，運用五大層面評估，發現個案主要護理問題包括無效性健康維護能力、焦慮及思考過程改變等。筆者以循序漸進方式建立治療性的人際關係，以被動友善及不批判的態度，專注傾聽個案描述過去的就醫經驗，以持續關懷的態度，固定時間家訪及電訪，讓個案有陪伴的感覺；提供精神分裂症疾病單張，與個案討論及引導發現問題；陪同個案返診與醫師共同訂定治療計劃，使其接受口服藥及長效針劑的使用。鼓勵個案自我檢視焦慮程度及說出內心感受，引導個案焦慮時以喜愛的騎腳踏車運動取代四處就醫行為，並運用放鬆技巧訓練減輕其焦慮程度。藉由維護隱私及接納的態度引導個案思考妄想內容的合理性及教導轉移注意力，包括找出興趣及鼓勵家屬共同參與個案的日常活動。期能藉此照護經驗提供臨床護理人員對照護此類個案之臨床照護參考。

**關鍵詞：**精神居家照護、精神分裂合併慮病症、放鬆技巧。

## 前言

由於精神分裂症是一種慢性精神疾病，症狀多樣化，發病後對患者產生整體性功能及日常生活品質有明顯性的損害。精神分裂症患者藥物治療是需要長期持續服用，一旦停藥，復發機率相當高，為規則服藥患者發病機率的五倍（王，2005）。

本文描述一位男性42歲的精神分裂合併慮病症個案，長期因受到妄想困擾導致焦慮，且無精神疾病的病識感而到處求醫，與家屬之間互動關係受影響，整體功能逐漸退化。筆者為精神科居家護理師，初承接業務時，此個案已接受本院居家治療時間一年，仍不願配合藥物及長效針劑治療，拒絕護理人員訪視，且

本院居家個案計84名，其中有71名為精神分裂患者，只有一名合併慮病症，單位同仁照護此類個案經驗有限，在臨床上相關報告不多，藉由此個案作相關文獻的探討，及實際案例報告，期能提供臨床護理人員對照護此類個案之臨床照護參考。

## 文獻查證

### 一、精神居家照護

精神居家照護服務是以精神醫療團隊為主軸進行社區訪視，目的教導家屬照顧罹患疾病的患者，提供治療照護服務並針對個別需要，提供整合社區健康照護以期能保護患者及預防疾病的擴展（許、邱，2004）。根據一項跨國研究，顯示居家治療模式長效針劑的配合，對於順從度不良、反覆住院的患者，為一種良好選擇（王，2005；Bruce et al., 2002）。

### 二、精神分裂合併慮病症（schizophrenia combined with hypochondriasis disorder）

根據美國精神學會診斷統計手冊第四版（DSM-IV）診斷標準精神分裂患者併有精神官能症狀-慮病症（Hypochondriasis disorder），是指因患者整個思想都專注於害怕罹患某種重大疾病，即使醫師保證，患者仍無法放棄害怕罹病或相信自己已罹病的想法，以致反覆至各醫院求醫，即所謂「Doctor shopping」，且至少持續6個月的期間（孔，2000）。患者因過度擔憂，伴隨出現著焦慮、過度警覺、坐立不安、不安感、肌肉緊張、睡眠障礙等症狀表現。此類患者多數缺乏病識感，通常對本身心裡問題缺乏覺察能力，伴隨著防禦心強，難以接近（王，2005）。

<sup>1</sup>童綜合醫療社團法人童綜合醫院組長暨國立成功大學護理系碩士生 <sup>2</sup>行政院衛生署台中醫院護理長暨國立成功大學健康照護所博士

受文日期：99年4月9日 100年1月28日  
通訊作者地址：謝素真 台中市403西區三民路一段199號  
電話：(04) 22294411—2852

### 三、無效性健康維護能力之護理

Peplau強調治療性人際關係目的在於深入瞭解患者問題，促進患者健康、增加信任感、減少焦慮（黃等，2006；邱、李，2004），尤其是有妄想的患者，防禦心強，其護理措施包括：(一)首重建立良好的治療性人際關係，採被動友善的接觸、同理心的運用於互動過程。(二)佈置安全舒適具隱私性的環境。(三)了解並評估患者及家屬對疾病、用藥及接受按時服藥的概念：患者的症狀、嚴重度、藥物作用及副作用均為服藥遵從行為的重要因子（歐、陳，2006）。(四)共同訂定計畫：當症狀趨於穩定時，需與患者溝通澄清罹病的事實，必要時與醫師討論使用滴劑或長效針劑（王，2005）。(五)建立良好支持系統：給予希望，適時讚美能增加患者服藥順從性、自信心、安全感，若能讓家屬主動關懷同時也能促進家庭關係（邱等，2004）。

### 四、焦慮之護理

當患者出現焦慮、過度警覺、坐立不安、不安感、肌肉緊張、睡眠障礙等焦慮症狀，也可運用非藥物方式處理，其護理措施包括：(一)建立值得信賴的護病關係：首重護理人員的態度，以被動友善接觸，真誠、溫暖態度建立關係。(二)引導患者辨識與接受其焦慮症狀：焦慮發作時，護理人員應在最短的時間做正確的評估，幫助了解焦慮內在壓力狀態，共同討論內在衝突及隱含的意義，改變其想法認知。(三)協助與焦慮共存：鼓勵共同討論對其最有利的因應策略，辨識焦慮的誘因，預防症狀惡化，包括讓患者了解藥物治療的助益與影響，並且持續性的評估其服藥態度、認知及遵從性（黃等，2006；陳、吳，2006）。(四)放鬆技巧的訓練：1.腹式呼吸，指利用腹部的力量緩慢吸氣、吐氣。吸氣時讓腹部凸起，吐氣時壓縮腹部使之凹入，吸氣時屏住氣息4秒，利用8秒的時間緩緩的將氣吐出，吐氣時宜慢且長而且不要中斷（Ruth & Rozzano, 2002）。2.肌肉放鬆運動，漸進式肌肉放鬆法實施前應先配合4-5次腹式呼吸法，其次訓練身體各部分的肌肉群從原來的狀態漸進式地緩慢拉緊，再使拉緊的肌肉群緩慢的放鬆，使受訓練的肌肉群比原來的狀態放鬆（陳等，2006；Bruce et al., 2002）。3.音樂療法，應用音樂維持及提升患者身體、心理、社交及情緒上安適，具經濟、有效、執行簡單，且易引發患者興趣與樂於配合的一種治療模式，治療者可敏銳發現其變化包括臉部笑容增加、由

被動變主動、自我照顧能力增加、與他人主動關心互動增加、注意力及持續度明顯增加（陳等，2005；王、葉、張，2003；Ruth et al., 2002）。

### 五、思考過程改變—妄想之護理

無論妄想是否合理，醫護人員需和患者討論有助於了解妄想不是真實，與其爭辯是沒有用，通常藥物治療一段時間妄想內容會開始改善，照護此類患者時，其護理措施包括(一)首先評估妄想的強度、頻率、持續時間及確認妄想的情緒狀態。(二)鼓勵與患者討論對妄想的焦慮害怕。(三)讓患者及家屬了解「定時返診、按時服藥」是必要的條件。(四)引導去思考妄想與現實之間的矛盾意義。(五)教導轉移注意力的方式：與患者共同討論選擇合適及有興趣的活動，以漸進式方式製造社交互動的機會。(六)引導家屬參與患者的日常活動：家屬宜以持續關懷鼓勵的方式，引導患者盡量發揮其長處與優點，使患者恢復自信心（歐等，2006）。

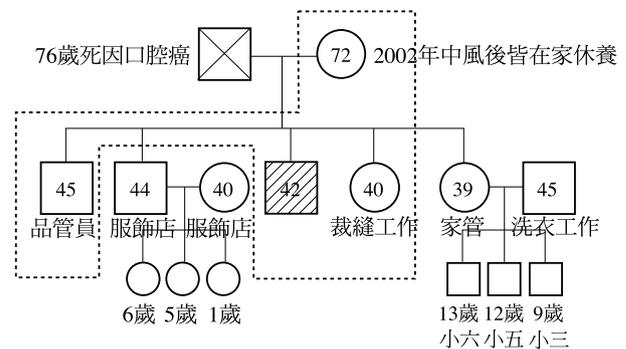
## 個案簡介

### 一、基本資料及家庭史：

張先生，42歲，國中畢業，未婚，診斷為精神分裂症合併慮病症。家中排行老三，與母親、大哥、大妹同住，父親於1999年因口腔癌過世，經濟來源為大哥及大妹，平日外甥會至家中做功課、玩遊戲，等待父母下班後才返家。家族內無精神科相關疾病史。如圖一。

### 二、個人發展史：

個案從小個性內向，學業中下，國中畢業後即到板橋從事電子產業工作約兩年多，因手指在工作時被



圖一 家庭樹

歷斷後，回中部工廠工作約一年，而後個性容易因遇到小事就放棄，陸續更換清潔工作、鐵工廠、玻璃工廠、送貨工人等，每份工作約半年至一年時間，目前無工作。

### 三、疾病及主要治療史：

父親於1999年因口腔癌過世，加上工作壓力大、睡眠少、早醒或熬夜，開始出現失眠、情緒低落等情形。2003年，因騎車重心不穩自行撞上電線桿，背部及頭部著地，曾做過檢查，結果無異常。之後開始出現自覺腦部會動，脊髓斷掉且被抽空，認為被人操控精密的電腦儀器在肚子裡，因擔心上述症狀，認為自己會死而無法入睡、心情低落、不願與他人交談，開始陸續至全台各大醫院腸胃、神經外科就醫，結果皆為無異常發現。2006年，因自覺電從耳朵進入腦部，腦中會出現機械運轉聲音，認為是隔壁工廠吵其夜眠，自行至他人家中抗議且大聲漫罵，鄰居不堪其騷擾報警處理，個案便與警察起口角，家屬制止無效，故於2007年5月16日至6月9日住本院心身科急性病房，出院之後無法規則返診與服藥，故經醫師建議轉居家治療。

## 護理評估

居家照護期間2008年7月1日至2009年1月9日。筆者以16次居家訪視、3次電訪，藉觀察、會談、查閱病歷等方式收集資料，運用五大層面整體性評估個案護理問題。

### 一、身體層面

外觀整齊，儀表合宜，身高163公分，體重60公斤，標準體重為52.28-63.89公斤，BMI值為23，為標準體重，身材中等，皮膚外觀完整，左手食指第一節截斷，無外傷或水腫情形，日常生活可自理。食量可，一天可照常吃三餐，不會額外吃零食。7/1個案表示：「我身體裡有東西，吃東西會動，所以只能吃稀飯。」睡眠狀況：8/15個案表示：「生病前可睡7-8小時無中斷，自從工作手受傷後，開始感到上班很有壓力，晚上會醒來，只睡4-5小時。車禍後，睡覺會有聲音吵睡更少，大概約3-4小時」。居家照護期間，夜裡需使用安眠藥才能入睡，夜眠會中斷，晚上約6-7點睡，早上5-6點醒，睡眠時數為8-10小時，白天有躺床行為。排泄狀況：個案表示：「排尿正常，

無疼痛及灼熱感。解便，車禍前每天一次。」居家照護期間，約2-3天解便一次，認為腸胃有異物感，頻至醫院看腸胃科，曾做過胃鏡、大腸鏡檢查，結果無異常。8/12個案表示：「有蛇在身體裡、脊髓被抽空」並會拿多張X光片並指腰椎部位斷掉，但檢查結果無異常發現。平常休閒活動：8/30個案表示：「平常喜歡一個人待在家，不喜歡外出，偶爾會去附近散步，約5-10分鐘就會回家，平日休閒以看電視、睡覺及和外甥、外甥女互動為主。」

### 二、情緒層面

個案表示「個性溫和，會因為睡眠問題而心情不好」。訪視期間，情緒表現偶見起伏，前1-2個月，神情淡漠，無眼神接觸，多以簡單字句回應，不願多談，顯防禦心強。7/15表示「妳看我腰椎是不是斷了？我不敢告訴妳，其實身體裡面是…算了，妳不會相信。」8/12表示「妳看這些片子，我大概活到明年，活不久了！」言談多提及身體妄想症狀及負向言詞，神情皺眉，眼神低落，顯不安。

### 三、智能層面

- (一) 知覺：否認有聽幻覺，認為腦中的聲音是被他人遙控。家屬表示個案曾因幻聽干擾，出現大罵鄰居、四處遊蕩等干擾行為，但未觀察到有自言自語的情形，言談過程注意力集中，無傾聽狀。
- (二) 認知：判斷力、定向感、記憶力、抽象思考、計算能力、基本常識可正確回答。病識感方面，個案認為自己沒精神疾病，不用吃藥，家中存放約2個月的精神科藥物，顯服藥順從性不佳。不認為幻聽、身體妄想與精神疾病有關，無病識感，拒絕接受針劑治療。
- (三) 因應能力及防衛機轉：個案無抽菸、喝酒或使用其他物質的習慣，遇到問題或是感到壓力，會在家躺床，閉眼休息。評估個案生活壓力事件，包括父親過世、母親中風，訪視期間，多不願多談。
- (四) 思考過程與內容：7/1、7/15及7/29言談過程回答簡單，態度冷漠，顯不信任、防禦心強。8/12訪視過程會頻表示「我身體裡有蛇，脊髓被抽空，腰椎斷了」言談多關於妄想內容，互動過程，偶會出現突然安靜、傻笑，思考較緩慢，言詞迂迴且重複。
- (五) 社會層面  
8/30個案表示「自我要求普通，在意他人對自己

的看法，覺得自己沒優點，但只有不會賺錢的缺點，如果不是生病，也不會這樣。以前有要好同性朋友，工作後就少聯絡，現在怕被他們知道自己被捉去精神科住院，所以沒聯絡了。」以前偶會找父親訴苦，父親過世後，遇到問題以獨自解決或放在心上，當家中他人問起也不願多談，與家人互動少。家庭關係顯疏離，個案對此表示不在意。照護期間，多次拒絕參加醫院相關活動。

#### (五) 靈性層面

8/30個案表示生存的目的在於幫助他人，價值在於可以傳宗接代，自己座右銘是「當一天和尚敲一天鐘」。對於過去不想再回想，對於未來，希望能組織

家庭，平日有工作，假日和家人出去遊山玩水，身體保持健康，教育下一代做人處事的道理。認為宗教可以安撫人心，但不想嘗試信仰宗教。

### 問題確立

綜合以上護理評估，歸納出護理問題為：

- 一、無效性健康維護能力/無病識感
- 二、焦慮/與疾病干擾、健康狀態改變有關
- 三、思考過程改變—妄想/精神疾病有關

#### 問題一：無效性健康維護能力/無病識感(7/30訂)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
S1：7/1我又沒病，妳來幹什麼？為什麼要我吃藥、打針？	1.8/15 個案能接受針劑治療。	1.建立良好的治療性人際關係 1-1 以循序漸進的方式接觸個案，採被動友善及同理心傾聽引導說出過去的就醫狀況及內心感受。	1.8/12 個案在鼓勵下，被動接受針劑注射，過程頻回頭看護理人員施打且詢問「打針真的有效嗎？」
S2：7/15我要去看腸胃科做腸胃檢查，還要去找神經外科幫我看片子，去看身心科做什麼？只有睡不著的問題而已。	2.9/30 個案能自行返診就醫。	1-2 訪視前，先與病人約好時間，在約定的時間內到達。 1-3 提供自己，說明自己的身分及可提供的資源包括協助就醫科別選擇等。	2.8/27 個案可接受施打針劑，並主動拿起藥物外盒看使用說明。
S3：7/29 案母表示：都是哥哥帶他去看醫師，有時候叫不動，也沒辦法，只靠哥哥去拿藥。	3.10/30 個案能表示服藥的原因且家中無多餘的精神科口服藥。	1-4 訪視進行，告知個案居家訪視規範，訪視前會電話聯絡，開始每週訪視，之後固定每二星期訪視及每週的電話訪談。	3.9/30 個案在電話提醒下自行返診就醫，但未領藥，予口頭鼓勵，個案表示：「應該是我謝謝妳來和我說話鼓勵我，讓我有陪伴的感覺。」
O1：7/1 個案家中有約2個月的精神科用藥。		2.營造安全舒適且具隱私環境 2-1 先與家屬溝通會談需要的時間約60分鐘，共同安排會談地點於大廳沙發。 2-2 會談前告知將以單獨會談方式進行，會談過程協助保密，除非個案同意說出。	4.10/1 電訪家屬，案母表示：「他說醫生沒說什麼，沒追問下去，有鼓勵他要繼續回診，問他要不要我陪，他說不要。」
O2：7/29 1月份至7月就醫紀錄共3次，其中只有一次在哥哥陪同下返診。		3.評估個案及家屬對疾病及用藥的概念。 3-1 與個案討論現有的身體症狀及所造成的影響包括到處就醫及失眠。 3-2 提供精神分裂症疾病單張引導個案發現問題，確認自己有符合哪幾項症狀。 3-3 以長效針劑外盒說明書，說明藥物作用及副作用，讓個案對藥物有正確的了解與信任及加強藥物的好處。	5.10/22 個案主動表示：「我最近有聽妳的話，晚上會吃藥。打針是讓我不要胡思亂想，我覺得好像有差耶！心情比較好。」
		4.共同訂定治療計畫 4-1 固定於返診前一天提醒返診時間，直到個案認為不需要提醒後停止。 4-2 返診時，在旁陪伴並鼓勵與醫師討論自己的狀況即時處理問題。 4-3 協同個案與醫師討論，每二星期接受長效針劑注射，口服抗精神病藥，助眠劑需要時使用。	6.10/22 訪視時，個案表示：「妳很忙還陪我看醫師謝謝。」觀察家中無多餘精神科用藥。
		5.建立良好支持系統 5-1 返診時給予口頭讚美鼓勵，增強按時返診的想法。 5-2 鼓勵家屬在個案返診回家時，給予關心就醫狀況，適時給予讚美。	

## 問題二：焦慮/與疾病干擾、健康狀態改變有關(8/2訂)

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
S1: 7/1我身體裡有東西,吃東西會動,所以只能吃稀飯。	1.8/15能主動說出心情低落之處。	1.以同理心傾聽引導說出焦慮的狀況及內心感受。 1-1 鼓勵表達說出對於「身體有蛇、腰椎斷了」的想法,適時給予澄清,不與個案爭辯及批判。	1.8/12個案表示:「我身體裡面的那個東西其實是蛇,妳不相信吧!」
S2: 7/15妳看我腰椎是不是斷了?我不敢告訴妳,其實身體裡面是…算了,妳不會相信。	2.8/30個案未至醫院其他科別就醫。	2.引導個案辨識焦慮 2-1 協助自我評估焦慮程度,以0-10分法,解釋0分為完全不焦慮;10分為極焦慮,了解其影響程度。 2-2 引導個案當焦慮時將其情形寫下,並協助辨識及討論焦慮的情境包括失眠及到處就醫等。	2.8/15個案主動打電話表示:「為什麼我會得這種怪病,老天爺對我不公平,我都不敢說,說出來只會被人當瘋子。」
S3: 8/12妳看這些片子,我大概活到明年,活不久了!	3.9/30能說出減輕焦慮的方法至少三項。	3.協助個案與焦慮共存 3-1 與個案討論有興趣的活動包括騎腳踏車及散步等。	3.8/30
S4: 8/12主訴:焦程度1-10分,自己焦慮程度為8分。	4.2009/1/9能主訴焦慮度為3分以下。	3-2 當個案出現不安焦慮時,鼓勵執行有興趣的活動,個案表示可以騎腳踏車替代。	3-1 查閱電腦及病歷就醫紀錄,本月個案無到本院其他科就醫。
O1: 7/1會談過程,神情低落,態度冷漠,回答簡單,不願多談。		4.放鬆技巧的訓練 4-1 腹式呼吸法: 4-1-1 與個案面對面坐著,示範並回覆示教以右手放在腹部上,感受腹部的起伏。 4-1-2 示範並回覆示教以腹部緩慢吸氣、吐氣。吸氣時讓腹部凸起,吐氣時壓縮腹部使之凹入。 4-1-3 吸氣時屏住氣息4秒,用8秒的時間緩緩的將氣吐出。吐氣時宜慢且長而且不要中斷。 4-1-4 重覆上述步驟5次。	3-2 主訴:「反正看也找不出原因,不想去浪費錢看醫生了。」
O2: 7/15、8/12會談過程,拿約8張脊椎X光片,指第四、第五腰椎處神情不安,皺眉。手觸摸腹部,引導下才可切題回應,當護理人員無正向回應時,隨即停止對談,態度防禦		4-2 肌肉放鬆訓練:提供肌肉放鬆訓練步驟,利用錄音帶示範及回覆示教肌肉放鬆訓練。	4.9/30予了解其減輕焦慮方式,個案表示:「妳有教我方法,就是深呼吸、放鬆運動、聽音樂、騎腳踏車,對不對?」
O3: 8/1查閱病歷,7月份就診胃腸科、家醫科、泌尿科共計10次。		4-3 音樂療法: 4-3-1 討論及協助選擇喜愛的音樂包括「鋼琴及水晶音樂」 4-3-2 贈送個案喜愛的「鋼琴音樂」,鼓勵個案於焦慮時可播放。 4-4 教導個案每次肌肉放鬆訓練前作5次腹式呼吸。初期執行肌肉放鬆以錄音帶為主,後教導以喜愛的音樂為背景自行執行肌肉放鬆。 4-5 討論肌肉放鬆後的感受,給予正向支持鼓勵。	5.10/30個案表示:「妳上次教我的運動,本來覺得有點無聊,可是其實覺得還不錯,可以再和我一起做嗎?」
		5.每次訪視時,討論此週焦慮的情形及使用改善的方法包括騎腳踏車及放鬆技巧,鼓勵比較此次與上次焦慮程度,出現正向想法時,給予口頭讚美。	6.12/5個案表示:「我現在晚上有聽音樂睡覺喔,而且你說開始胡思亂想的時候可以放音樂或是運動,自己一星期大概做一次吧!很懶的做,除非妳來的時候一起做。」
			7.12/19個案表示:「我很焦慮的時候,我會放音樂,偶而會配合做運動,因為妳上次來提醒我後,最近比較常做,好像有效吧!焦慮分數大概剩下2-3分吧!」
			8.1/9到訪時,個案正盤坐在沙發閉目休息,並播放鋼琴音樂,個案表示:「我是想放音樂會心情不錯,最近因為太冷,所以都沒出去。」

## 問題三：思考過程改變-妄想/精神疾病有關（8/22訂）

主客觀資料	護理目標	護理措施	評估
S1：7/15我脊椎斷了，裡面空掉，沒有脊髓。	1.8/30能每天照三餐進食稀飯。	1.建立良好的治療性人際關係 1-1 採被動友善的接觸，同理心傾聽引導說身體妄想症狀及內心感受。	1.8/27個案表示：「我每天有吃稀飯，吃1-2碗，如果它動的話，我就吃少一點。」案母表示：「有啦，上次妳回去以後，他就有吃多一點。」
S2：7/22我身體裡面的那個東西其實是蛇，我吃的東西它也吃所以會動。	2.9/30能主訴不受妄想內容影響日常生活。	2.評估妄想的強度、頻率、持續時間及確認妄想的情緒狀態 2-1 鼓勵說出身體妄想情形，以不爭辯的方式傾聽，態度溫和友善。 2-2 當個案不願談論妄想時，提供其他精神分裂症居家患者妄想的情形，讓個案有普同感。 2-3 討論妄想與生活的影響，包括妄想出現時不願吃東西等，且妄想都一直存在無消失。 2-4 鼓勵個案討論對妄想的焦慮及害怕，會談過程中當出現不安焦慮的情緒反應時，給予輕觸碰肩膀。	2.9/22個案表示：「我現在不會擔心別人要對我怎樣，管好自己就好了。身體的病已經很多年，不會像以前一樣擔心了。」
S3：8/12我沒做錯什麼，可是隔壁鄰居都對我有敵意，想要害我，搞不好會在水裡下毒。	3.12/30能主訴轉移注意力的方式。	3.引導去思考妄想與現實的矛盾 3-1 將個案身體妄想的內容紀錄下來並請個案確認妄想內容。 3-2 針對妄想內容提供個案相關資料包括生理解剖書的人體脊椎結構，引導思考妄想內容的合理性。 3-3 鼓勵個案將X光片與書本做比較，區分兩者是否有不同。 3-4 協助個案了解進食與身體妄想之相關性及討論無法按三餐進食會造成健康影響，包括營養失調。	3.11/28個案表示：「我身體真的有病，可是我要有健康的身體才能對抗。」
S4：8/12案母表示：他有東西。每天都吃稀飯，最近一個月來他幾乎一天吃一餐。		4.讓個案及家屬了解「定時返診、按時服藥」的重要 4-1 鼓勵以筆記本記下返診時間及打針時間。 4-2 分享成功經驗，分享另一男性精神分裂患者因為幻聽感到害怕不敢睡覺，在規則服藥後症狀減輕，現在也都可以睡了。	4.12/19個案表示：「我知道是胡思亂想，可是我還是覺得脊髓空掉，不可能長了。」
O1：7/15言談過程，頻提及妄想內容，且對妄想內容深信不疑。		5.轉移注意力的方式 5-1 與個案找出有興趣的休閒活動去公園散步及騎腳踏車。 5-2 與之討論當感受到陷入過去經驗的思緒時，可騎腳踏車兜風、聽音樂及看電視方式，避免不舒服的情緒。 5-3 與個案討論及安排每日的活動時間。 5-4 討論目前一天的生活活動，找出空閒時間，安排掃地、整理環境、協助家事。 5-5 了解其一週活動，適時給予個案讚美，並鼓勵其持續。 5-6 引導家屬參與個案日常休閒活動，鼓勵見個案出門時，主動關心活動並適時給予個案讚美。	5.12/26個案表示：「我覺得好很多，每次亂想時，我就會去騎腳踏車或聽音樂，就不會再想。」
O2：8/12與其散步經過隔壁工廠時，發現其眼神敵意並快速通過。			

## 討論與結論

檢討護理過程，筆者認為此類患者能成功接受治療是在於與個案建立良好的治療性人際關係。由於個案防禦心強，不願表達想法，使會談過程非常難進行，後經被動友善的接觸，以同理心傾聽引導說出過去的就醫狀況及內心感受，突破原本沉靜的訪視，並且個案在接觸後的第三個月主動表示有陪伴的感覺。

關係建立後與個案一同檢視其焦慮程度，與個案一起進行放鬆訓練，一開始個案覺得聽錄音帶很奇怪，鼓勵下個案可以記下步驟及放背景音樂而感受到放鬆，並且討論出以騎腳踏車方式取代到處就醫。鼓勵個案將X光片與解剖書上的人體脊椎結構做比較，並鼓勵家屬參與個案的日常活動，增加家庭互動及轉移注意力，此與邱照華、李引玉（2004）指出Peplau強調治療性人際關係，有助於增加信任感及接

受治療結果一致。

筆者於1/9至1/22以電訪及家訪後續追蹤，家屬表示：「現在會主動聊天及騎腳踏車出門，下午還會聽妳給的音樂，我們都覺得他有進步。」個案表示：「我覺得我好很多，之前的失眠、害怕的感覺都減少很多，我們改天再一起來做放鬆活動。」筆者個人觀點認為接觸防禦心強的個案，建立信任的治療性關係是最重要的，看到個案從不願意護理人員訪視到願意接受藥物治療，個案自行運用放鬆技巧在平常生活中，且邀請護理人員參與活動，也看到家屬對其接受度及互動增加，這是讓筆者感到最有成就的部份。

在整體照護的過程中，令筆者感到照護限制是個案本身妄想內容已根深蒂固，雖日常生活已不受干擾，但還是深信不疑且居家照護是每月固定訪視，每次訪視時間有限，尚未找到能解決妄想症狀存在情形。且令筆者感到最困難的是疾病的慢性化，導致個案負性症狀明顯，而目前治療是以長效針劑使用為主，雖個案會服藥，但卻仍不規則，且面對防禦心強的個案，要建立關係及引導接受長效針劑施打是很困難的。

建議住院返家後，若有治療中斷之虞的個案，可在病房即開始接受長效針劑的施打，減少個案不遵從的情形，亦可減低疾病復發的機會。

### 參考文獻

- 王淑美、葉美玉、張麗雲（2003）．慢性精神病患音樂治療成效研究．*長庚護理*，14（4），342-351。
- 王祥章（2005）．結合居家治療與新一代抗精神病藥物長效針劑－慢性精神分裂症病患之治療模式．*慈濟醫學*，17（2），53-56。
- 孔繁鐘（2000）．精神分裂病及其他精神病性疾患．於孔繁鐘主編，*DSM-IV精神疾病診斷與統計*（四版，271-309頁）．台北：合記。
- 邱照華、李引玉（2004）．雙極性情感病患的服藥歷程．*慈濟護理雜誌*，3（1），43-50。
- 許淑敏、邱啟潤（2004）．主要照顧者對居家護理人員的互動需求及其相關因素之探討．*護理雜誌*，51（5），53-60。
- 陳泰瑞、林麗晴、孫天光、鄭夙雯、蘇淑芳、許維琪等（2005）．輔助性音樂治療對女性慢性精神分裂症病患的療效．*台灣精神醫學*，19（4），305-313。
- 陳婉真、吳國慶（2006）．焦慮處理訓練團體之有效性評估．*中華心理衛生學刊*，19（2），149-176。
- 黃宣宜、林靜蘭、陳淑貞、洪芬芳、張榮珍、李朝雄等合著（2006）．類身體性疾患之護理．於黃宣宜編著，*新編精神科護理學*（19-01-19-32）．永大：台北。
- 歐靜宜、陳麗玉（2006）．協助一位慢性精神分裂患者復健之護理經驗．*精神衛生護理雜誌*，1（2），57-64。
- Bruce, M. L., McAvay, G. J., Race, P. J., Brown, E. L., Meyer, B. S., & Keohane, D. J., et al., (2002). Major depression in elderly home health care patients. *American Journal Psychiatry*, 159(8), 1367-1374.
- Ruth, M. C., & Rozzano, C. L. (2002). Music listening as a nursing intervention: A symphony of Practice. *Holist Nurse Practice*, 16(3), 70-77.

# Experiences in Home Health Nursing of a Patient with Schizophrenia Combined with Hypochondriasis Disorder

Yi-Fei Chung<sup>1</sup> • Su-Chen Hsieh<sup>2</sup>

**ABSTRACT:** This study discusses the experiences of home health nursing with a schizophrenic patient who refused visits by nursing personnel but made multiple clinic/hospital visits due to anxiety and fear brought on by paranoid delusions. The period of nursing care lasted from July 1<sup>st</sup>, 2008 to January 9<sup>th</sup>, 2009. Data were collected by means of 16 home visits, three telephone interviews, observations, personal interviews and medical records. Assessment based on the data revealed that the main problem in the nursing care of this patient involved poor health care ability, anxiety, and alterations in the thinking process. The author gradually and progressively established a therapeutic relationship with the patient through a passive, friendly and non-judgmental attitude, carefully listening to the patient describe past experiences in seeking medical care. A sustained caring attitude, regular home visits and telephone interviews were implemented to provide the patient with a sense of companionship. Brochures about schizophrenia were provided, and discussions were held with the patient. Problems were identified, and the patient was accompanied to the clinic for follow-up visits. In collaboration with physicians a treatment plan was established so that the patient could receive oral or long-acting injected medications. The patient was encouraged to reflect on her anxiety and openly elaborate on it. When anxiety was experienced, the patient was instructed to resort to a much-liked activity, such as riding a bicycle, instead of consulting multiple doctors, and to use relaxation techniques that alleviate anxiety. Through the safeguarding of privacy and the adoption of an attitude of acceptance, the patient was encouraged to reflect on the rationality (or irrationality) of delusional thoughts and divert attention from such thoughts by performing enjoyable activities, while her family members were encouraged to participate in her daily life.

**Key Words:** psychiatric home health nursing, schizophrenia combined with hypochondriasis disorder, relaxation techniques.

---

<sup>1</sup>RN, Leader of nurses, Tungs' Taichung MetroHarbor Hospital. Master Student, Institute of Nursing, National Cheng Kung University; <sup>2</sup>HN, Taichung Hospital; PhD Student, Institute of Allied Health Sciences, National Cheng Kung University.

Received: April 9, 2010 Accepted: Jan 28, 2011

Address Correspondence to: Su-Chen Hsieh, No. 199 San Min Rd., Sec. 1, Taichung, Taiwan, ROC.

Tel: 886(4)22294411 ext. 2852; E-mail: t2688104@yahoo.com.tw