

# 探討精神分裂症病患之情境家庭護理治療理念及其過程

黃瑞媛<sup>1</sup> 蕭淑貞<sup>2</sup>

**摘要：**本文目的為應用蕭氏「情境家庭護理治療」理念及過程照護一位社區精神分裂症個案及其家庭之護理經驗，以呈現理論與實務關聯之應用。筆者於2012年2月13日至2012年5月30日對個案提供居家護理治療以及電話訪視實務活動。照護期間以蕭氏情境家庭護理模式進行評估及問題分析，依據模式分析問題，發現如下：(一)「結構性家庭特質」發現個案之家庭支持過度保護。(二)「家庭功能」發現個案及其家庭間有溝通、健康照顧和獨立依賴功能障礙。(三)「社會支持系統」發現個案及其家庭間有實質性與訊息性支持薄弱。照護者持續接觸個案及其家庭以情境家庭護理治療理念即生命的能量之能源、流動、根、目標，家庭護理治療過程之投入(engagement)、賦能(empowerment)、靈悟(enlightenment)等精神，發展社區個案及其家庭之照護行動。首先護理需融入、重視照護者與個案共同於家庭情境中體會覺察、分析個案及其家庭生命的能量，投入之家庭情境，激發情境中的家庭賦能，啟動家庭並認識情境問題，繼而啟發家庭解決問題的方法及策略，最終護理人員能協助促成個案及其家庭的靈悟，期望協助個案與家庭在社區中能參與社區活動，與發揮家庭的支持力量。本文以情境家庭護理理念進行家庭護理過程，探討居住於鄉村社區之精神分裂症個案及其家庭之經驗並提供應用實務參考。

**關鍵詞：**情境家庭護理治療。

## 前言

台灣地區慢性精神疾病障礙者約有119,514人，其中長期依賴他人監護或照顧的重度以上精障者，佔19.15%，中度或輕度障礙者佔80.85%；慢性精神障礙病患中有高比例的精神分裂症病患（行政院內政部統計處，2012）。協助精神病患回歸社區與提供社區化照護已是全球精神醫療之主流。也由於長期住院的機構化與健保制度的轉變，漸漸轉為社區導向的照護模式，而大多在社區照護慢性精神病患者多為個案家庭

成員，因此深入社區了解個案在家庭中的適應狀況已成為目前精神衛生護理的重要議題之一。

「蕭氏情境家庭護理」乃整理多年來精神衛生護理人員對病患家庭治療角色功能的研究結果，於2012年6月發表「蕭氏情境家庭護理治療」（蕭，2012）。李、蕭並於2012年提出以蕭氏情境家庭治療於精神分裂症病患及其家庭之護理經驗，依據情境家庭護理治療元素之心、識、觸、智於不同情境中進行家庭護理過程（李、蕭，2012）。本文之個案為居住在鄉村社區之精神分裂症個案，長期有幻聽症狀、退縮在家中，引發筆者以「蕭氏情境家庭護理治療」護理理念及其過程，探討護理人員在與個案及其家庭互動過程中所體會與所提出的生命能量，進而能對家庭情境投入、賦能，最終能提出護理人員與個案及其家庭的靈悟，期望藉由此次護理經驗提供社區家庭護理治療之參考與應用。

## 文獻查證

本文主要以情境家庭護理治療理念與過程探討精神分裂症個案及其家庭，因此文獻查證包含精神分裂症與社區精神衛生護理、情境家庭護理治療。分述如下。

### 一、精神分裂症之特徵與社區精神衛生護理

台灣流行病學顯示精神分裂症的終身盛行率為千分之三左右，男性的發病年齡約在15-25歲之間，臨床表徵有正性症狀(positive symptoms)及負向症狀(negative symptoms)，其中負性症狀乃指一般正常人應有的情感表達、語言、意志力、社交驅力及興趣動機皆有缺損(劉，2011)。罹患精神分裂症對病患本身是莫大的衝擊，影響的層面涵蓋甚廣，包含病

<sup>1</sup>耕莘健康管理專科學校護理科助理教授，中華民國精神衛生護理學會秘書長 <sup>2</sup>耕莘健康管理專科學校校長兼任護理科教授

受文日期：101年9月13日 接受刊登：101年11月28日

通訊作者地址：蕭淑貞 23143新北市新店區民族路112號

電話：(02) 22191131-5116

理、損傷、失能與障礙，使得病患在問題解決行動上皆顯現出諸多能力損害與障礙，也使得病患在社區生活的適應上衍生出很多問題（林，1996）。精神分裂症的治療除了生物性的治療也包含心理、社會的治療與復健（劉，2011）。2007年修正的「精神衛生法」也強調照護重心是結合精神醫療與社區精神衛生照護，協助精神病人回歸社區生活（盧、戎、李，2011）。超過50%的精神分裂症病患終其一生都要接受精神醫療與家庭的照顧（胡，1997）；家庭主要照顧者多為父母，由中年階段就開始承擔照護責任且延續到老年階段，還同時擔負家庭經濟與照顧其他生病家人的角色，因此，他們的長期生活壓力對於身心及健康負荷問題可想而知。（李、蕭、廖、李、劉，2008）。社區精神衛生照護主要內涵為協助個案建構自我、自我管理、疾病管理、就業照護、資源連結（戎等，2008）。但有關精神科個案家庭照護應著重個案回歸社區之家庭情境為主要照護場所。國內長期專研精神衛生家庭照護之學者蕭淑貞教授發展蕭氏情境家庭護理治療理念，強調在家庭情境中體悟生命的能量；護理過程中應投入、賦能與靈悟（蕭，2012），使得護理人員在治療過程中能協助護理人員了解自己於社區中提供病患精神衛生照護之角色、並能反思自我之理念與照護措施之推動。

## 二、蕭氏情境家庭護理治療理念及方法

蕭氏於2012年提到情境家庭護理治療理念及方法，特別強調情境家庭護理治療理念即生命的能量，包括：一、能源：真情、愛、失望、欣、悲、心痛、感激、期待。二、流動：分享、互補、獨立（捨）、依賴（連）。三、根：人與自我、外界之互動原型。四、目標：成長、成智、成全、成易、成空、愛。

情境家庭護理治療的過程包括投入（engagement）、賦能（empowerment）、靈悟（enlightenment），主要重點分述如下：

一、投入為強調信任關係及治療脈絡之建立（Hung, Shiau, & Huang, 2009）。二、賦能乃基於尊重、支持、參與、自主的理念，強調傾聽、對問題的了解，發展所需的因應技巧（李、蕭、李、楊、康，2008），並注意下列的態度：1.注意促進（facilitate）、肯定、賦能的訊息，不要習慣給予意見或母性的勸慰；2.針對病患家屬所關切問題的核心；3.給予衛教時，要注意認知與情緒；4.擬定優先順序；5.在建立關係時應特別注意情感轉移的現象。

三、靈悟是啟發、教化、創新之意（蕭，2012）。而情境家庭護理治療的場景包括時、空、人、事、物。1.時、空：護理人員團隊提供全天性的服務，在醫院或社區都可能接觸到病患家庭。2.人：治療的對象，可分為：（I）病人為中心，家庭為背景；（II）家庭次系統為對象；（III）視家庭整體為對象。3.事：護理人員常關注並察覺家庭在身、心、靈、社會層次中所承受之苦惱，包括阻抗、悲傷反應、標籤污名化、情緒困擾、藥物、症狀、生活目標、角色功能、溝通、就學、就醫、就養等。4.物：例如藥物的實務、知識性的資訊或轉介的資源。

依據蕭於1993的研究，護理人員要能敏銳地注意到家庭互動中所需關切的主題及操作的過程，包含（1）疾病資訊過程：對疾病的體認、症狀的處理、求醫過程體認、求醫決策過程、醫病關係體認。（2）內在認同過程：自我認定、能力體認、未來展望。（3）人際互動過程：家庭內人際互動關係、家庭外人際互動關係（林、蕭，1994a）。護理處置技巧（林、蕭，1994b）包含情緒支持、促進溝通、引導會談進行、解決問題導向。

本個案長期退縮在家中，應用情境家庭護理治療理念及方法，強調家庭情境的“人”即護理人員與個案及其家庭成員，在家庭情境中的“時、空”護理人員能關注並覺察個案及其家庭所呈現的“事”包含身、心、靈、社會層面所承受之苦惱，並提供所需要的“物”，例如疾病與治療訊息、社區資源等。

## 情境家庭護理治療

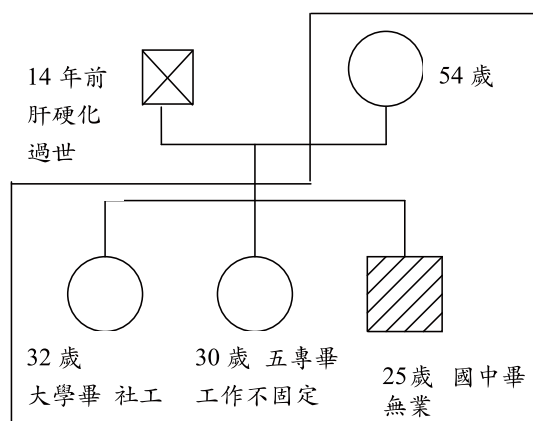
照護之護理過程，包含實際家庭訪視五次以及電訪六次。以下為自2012年2月13日至2012年5月30日之情境家庭護理評估結果。

### 一、基本資料

江先生，25歲，未婚，國中畢業，無業，在家扮演兒子和弟弟角色，診斷為妄想型精神分裂症。

### 二、疾病史

個案約國小開始出現幻聽（有人在討論事情、在命令），因而常常自言自語、自笑。國中後受精神症狀與妄想思考影響而漸漸減少與外界互動、脾氣改變且受幻聽命令出現強迫洗手現象，家人才開始帶個案至精神科門診就診，診斷為妄想型精神分裂症，治療



圖一 家族圖譜

藥物由案母及個案一同控管，領有重大傷病卡。

個案在生理層面無特殊健康問題，唯右眼視力衰退近乎盲視，乃由於18歲時在一次的活動意外中右眼視網膜受傷。個案受抗精神病藥物副作用影響而不

規則服藥，受幻聽干擾而自言自語，注意力常受幻聽影響而無法與現實情境適切互動，因此常反覆住院。由於個案與外界缺乏接觸，長期退縮在家，此次自急性病房出院後建議至日間留院持續復健治療，個案在日間留院常有表情愁苦、呈傾聽狀，且抱怨服藥後疲倦，常在案母陪伴到日間留院後隨即自行離院，因此中斷日間留院的復健治療，長期與外界隔絕，獨自在家僅與家人互動。個案的興趣為玩電腦遊戲、看電視、唱歌，案母不在時能自理三餐（到居家附近街上的攤位或超商購物）、能自我照顧（漱洗、更衣等）。

### 三、情境家庭護理評估

依據家庭情境護理模式對個案的家庭進行護理評估，評估內容包括(一)結構性家庭特質；(二)家庭功能評估；(三)社會支持系統；(四)家庭之壓力調適特質，呈現評估內容如表一。

表一 情境家庭護理評估

一、結構性家庭特質	
1.主要照顧者	(1)案母，55歲、小學畢、一般民間信仰，平時參與宗教活動。(2)案父於14年前肝病過世，皆由案母獨自養大孩子，案母因此強調自己的堅忍毅力，尚不需要靠政府補助均未幫個案辦理殘障手冊。(3)兩位姊姊皆未婚，大姊為社工師。
2.家庭基本資料	(1)家庭經濟主要支持者：案母，經營家庭式卡拉OK店或到附近人家、餐廳打零工。(2)家庭月收入：約25000元，案母表示皆為自己個人工作的收入，不願增加其他孩子的負擔。(3)家中最高教育者：案大姊為大學畢業。(4)家中最高職業地位：案大姊擔任社工。(5)家庭型態：小家庭。(6)文化種族背景：台閩。
3.家庭發展階段	(1)為Duvall家庭發展階段VI青年時期家庭，案父於14年前過世，個案和兩位姊姊皆與案母同住。家庭系統較為密閉，與親戚未來往，案母與鄰里互動多。(2)家族圖譜見圖一。
4.家庭環境	(1)住家型式：位於農村的鄉間獨棟平房，遠處有山、屋前有稻田以及開放式前院。(2)鄰近住家特性：住家附近有超商，步行可到市場、縣道；到鄉公所、衛生所、派出所等鄉中心，開車約需5分鐘，步行20分鐘。(3)住家環境：通風、風景佳、屋前有山有水，為四房二廳二衛，有桌椅、風扇、電視機、冰箱等設備，客廳有居家營業式之卡拉OK與沙發，附近住戶會來唱歌消費，案母招呼客人，也會請個案幫忙倒茶水。個案另有活動的客廳則較凌亂，看電視為個案主要消遣活動。家中成員皆有獨立的臥室。
二、功能性家庭特質—家庭功能	
1.問題解決能力	個案缺乏解決問題能力，多會以詢問的眼神看著案母或停頓。與個案相關的問題多由案母解決，案母以自己的價值判斷進行決策，對於個案的疾病與治療相關的問題則較無能力解決，乃因知識缺失以及個案缺乏動機所致，當案母無法解決時會尋求案大姊的協助。當案母面對解決問題的困擾時會合理化、否認。
2.權力決策功能	案母為權力決策者，但是案母會與案大姊討論，並徵求個案的想法，個案退縮自向，無法參與決策，個案最常回應“我不知道”或搖頭、點頭，但是能呈現擔心案母的經濟問題，當案母談及此議題時，個案會一直以擔憂的眼神望著案母。
3.溝通功能	(1)案母多持續、重複的表達14年來自先生肝病過世之後，要負起獨立照顧個案的責任，要負擔個案與家庭的經濟以及不讓個案被標籤化而堅持不願意辦理殘障手冊，強調自己的辛苦與堅強、毅力。 (2)個案話少、被動溝通，受症狀干擾常常自語或停頓，習慣以點頭與搖頭來回應，對於堅持的事情（例如不願看眼科、不去日間留院）以行為表達。 (3)家人與個案的溝通型態為單向溝通，且少互動，但是均能關懷個案的日常生活與健康狀況。
4.情緒功能	個案獨自在家中若未受幻聽症狀干擾，可放鬆的看電視。當幻聽症狀出現時，個案會有明顯的傾聽狀、情緒受幻聽內容所操控，與家人互動時此情緒也會影響到家人。案母在與個案互動會先評估個案當時的情緒，並調整自己與個案互動時的情緒，案母表示個案不穩定時容易受影響，當時也不能給個案太多的訊息與指示。

5. 角色功能 (1)案母：家務、經濟和照顧工作，為家中主要支持者，案母能努力的扮演在家中的母親角色，堅持獨自負起個案照護與經濟負擔，強調沒有先生的14年來皆堅忍承擔家庭中的各項任務，包含養育三個小孩、照顧生病的個案，但是常於言語間透露著無奈與感到辛苦。  
(2)個案：為家中的依賴者，病情穩定時可以被動的依據案母的指引分擔家中部份家事，由於個案常受幻聽影響且不易遵循案母的要求，因此無法完成在家中應盡之角色任務。  
(3)案姊：1)案大姊有固定的工作（社工師），可扮演支持案母、提供案母照護個案的諮商角色，當案母照護個案遇到困難時會與案大姊討論，案大姊都能對案母傾聽與表達理解，也由於認為個案病情的慢性化與缺乏動機，因此案大姊傾向與媽媽一樣較保護個案。2)案二姊無固定工作，在家中的依賴角色僅次於個案，案母認為案二姊只要沒有太大問題就好了。
6. 健康照顧功能 家庭成員有健康問題皆會至合格的醫院就醫，能評估健康問題的嚴重度並判斷到不同型態醫院就醫。案母已經54歲表示還有月經，認為快要更年期了而身體不適抱怨多，較常描述的是煩躁、腰酸背痛、頭痛、發熱等。對於個案的治療多由案母監測是否確實服藥，案母若外出工作則會遺漏監測個案是否服藥。由於個案不願出門就醫，因此皆由案母替代個案到門診拿藥，案母也在意個案的右眼視網膜破裂應繼續治療與修補，但是個案仍不願意到醫院的眼科就診，案母也表示除非個案有動機，否則無法勉強。
7. 規範功能 案母表示兩個女兒都大了，不需有太多規範，但是她們都知道家裡的規矩了。個案對案母顯依賴，但由於個案的社會退縮，讓案母感到挫折，很難對個案訂定規範，常表示“乖是很乖但是叫他做什麼都不願意”，包含不願意整理房間、不願意外出參加日間留院的活動、電話響了也都不會接等等。
8. 獨立及依賴功能 案母與個案相互依賴，其它成員則較獨立，能自我照顧。案母表示“也只有我能照顧他、也只剩下我了、沒有我能怎麼辦？”。

### 三、功能性家庭特質—社會支持系統

1. 家庭實質性的支持來源 (1)案母會尋求案姊協助，案姊盡量支持援助。  
(2)案母也接受醫院的社區關懷員的訪視，但是由於個案缺乏動機，外界的支援較能支持案母而不易接觸到個案。
2. 家庭情感性的支持來源 (1)成員間情感連結：個案與案母情感連結較強，互相依賴；案姊皆能對案母與個案表達關懷。  
(2)外界情感性的支持：案母與社區的鄰居、友人皆能常有互動，是案母最大的情感支持來源，但是與親友沒有互動。案母也能接受醫院社區關懷訪視員的關懷與支持。
3. 家庭訊息性的支持來源 (1)個案的精神疾病有固定醫療院所的精神科門診，但無固定時間、固定醫師，多由案母代個案到醫院領藥，案母會詢問醫師相關訊息，但是執行困難，擔任社工的案大姊也會提供訊息。  
(2)醫院社區關懷訪視員於居家訪視過程中提供醫療、社區資源相關訊息，包括說明藥物之效用與副作用並監測個案服藥狀況、申請殘障手冊之程序、轉介日間留院、協助眼科檢查與治療等。  
(3)鄰里鄉親知道有關社會資源之相關訊息也會提供給案母。

### 四、家庭之壓力調適特質

1. 擔憂感受 案母擔心：(1)個案抱怨服藥後沒有力氣、流口水。(2)認為視網膜剝離影響個案與外界的溝通、互動等，但是個案又不願意就醫治療（不願意走出家裡到醫院）。(3)幻聽常常干擾生活，阻礙與外界互動。(4)不知道以後該怎麼辦，案母總會表示老了以後不知誰能夠繼續照顧個案，雖然有姊姊但是總不如媽媽的照顧與關心，而且姊姊們也沒有義務要承擔這個重大的責任。
2. 因應效能 (1)對於個案不會主動服藥，案母會提醒個案是否已經服藥，但是仍然無法落實確實服藥，因此精神症狀仍時而干擾個案的生活。對於服藥後的副作用，案母不知如何協助服藥後的不適，(2)雖然認為需要治療視網膜，但是個案不願意外出就醫，案母也較順從、保護個案，不會勉強個案外出。(3)個案受幻聽干擾會自言自語或與之對談、自笑，家人在旁較少打斷或協助轉移注意力，案母表示會擔心影響個案的心情。當個案病情穩定時個案能區分幻聽與現實且能做到不受干擾。

經由情境家庭護理評估呈現問題為(一)「結構性家庭特質」顯示家庭支持過度保護。(二)「家庭功能」顯示其溝通、健康照顧和獨力依賴功能障礙，影響個案精神症狀與外界互動的穩定性。(三)「社會支持系統」顯示實質性、訊息性支持薄弱。

### 四、情境家庭護理治療

於2012年2月13日至2012年5月30日照護期間，家庭訪視共五次，於訪視內容分析護理治療理念及其過程，結果呈現於表二。

表二 情境家庭護理治療理念及其過程

## 1. 應用護理治療理念於家庭情境護理治療，感受個案與家庭的能源，包含能源、流動、根、目標。

## (1) 呈現家庭情境中的能源：建立與家庭的關係並評估家庭的能源。

## 1) 感受與促進個案與家庭成員間的真誠與愛：

A. 建立與個案及其家庭之信任關係：傳達訪視者對個案及其家庭的關懷與真情。

B. 在家庭情境中感受成員間的真誠與愛：

a. 對個案以及家庭成員表達訪視者對家庭的感受：“媽媽和姊姊很關心、保護個案，我感受到家人的彼此相愛”。

b. 促進個案與家庭成員對所存在之真誠與愛的感受：對案母指出“雖然個案話很少，但是媽媽在表達辛苦之處，個案都非常專注注視著媽媽”；並鼓勵個案能以口語對案母表達對媽媽的感受。

c. 感受與表達家庭的能源：對案母指出“媽媽為家庭努力工作提供經濟、提供關心，是家裡的主要能源”，也對個案提出“個案也是媽媽能量的來源，因為個案讓媽媽有精神持續下去”，同時“案大姊也提供能源，包括經濟與對媽媽的支持”。

d. 促進個案與家庭成員感受家庭的能源：

肯定個案及案母能呈現在家中的能量，案母常對著個案和家人說出“為了維持這個家、我盡心盡力的、只要我能做的我都會做”，“就算辛苦也很值得”，“他爸爸很早就離開了，至少還有我、還有女兒，個案也算乖讓我們有能再走下去的力量”。

## 2) 感受並鼓勵家庭成員表達失望、欣、悲、心痛、感激與期待：

A. 感受並促進家庭成員感受「失望」：

a. 提出所感受到有關個案與家庭成員的失望：

向個案及家庭成員指出：“個案談到治療、外出活動、和其他人互動等，都是搖頭”、“都說不要，都拒絕”；“媽媽和姊姊也都說不知道該怎麼辦？”，的確是讓家人感到失望與不知所措。

b. 促進個案與家庭成員表達所感受到的失望：

a) 請案母說出內心的感受即使是感到失望的；鼓勵案母表達：“媽媽可以對著個案說出讓您比較不知道該怎麼辦的情況”，當案母說出最難過的事情給予同理與肯定案母的心情，例如案母說“個案的眼睛要治療，至少要去檢查看看還有沒有救，但是他都不要，唉，他就不要，也不知道該怎麼辦！”；“吃藥、到醫院門診、出去走走更不用說了，他都不要，也不知道該怎麼辦！”。

b) 鼓勵個案回應案母並能表達自己的感受與看法：

請個案看著正在表達的案母，並請個案能以言語回應案母。例如“媽媽正在對你說話喔，你要看著媽媽、聽聽看媽媽在對你說什麼？”；“說說看媽媽對你說了什麼”，“你也可以說出自己的感受”。

c. 促進個案與家庭成員能互相體會所感受到的失望：

a) 個案專注的看著案母且正在自言自語的過程中，鼓勵案母與個案能互相體會彼此所感受到的失望：“媽媽，他一直看著你自言自語，你可以對著他將你此刻的心情說出來，讓他體會”。

b) 鼓勵個案對著家人表達自己對於疾病與右眼視力衰退近乎盲視的失望感，讓家人也能體會：“試著說出你對生病的感受，讓媽媽和姊姊也能體會妳的心情”。

c) 持續促進彼此表達對治療、外出活動、和其他人互動等，個案都搖頭、拒絕以及案母和姊姊不斷的要求個案能合作，但是一直未獲得個案回應的失望感受。

B. 感受並鼓勵家庭成員表達「欣」：

a. 提出所感受到有關個案與家庭成員的「欣」：

向個案及家庭成員指出在家庭情境中感受到彼此間的欣慰，來自彼此間的互相關心，例如案母感受個案有貼心的地方、姊姊們願意住在一起繼續關心家人，雖然個案都不願意走出去，但是家人仍願意接納個案、保護個案。

b. 促進個案與家庭成員表達所感受到的「欣」：

鼓勵個案與成員能對彼此表達所感受到的欣慰，當案母說到“雖然做的很辛苦，但是值得，也感覺自己還有能力與精神”，請案母能對著個案講，也請個案能以言語回應案母，雖然個案仍不願意以口語表達，但是向案母指出“個案都會專注的看著你並點點頭”。

C. 感受並鼓勵家庭成員表達「悲」、「心痛」：

a. 感受案母常常訴說的“自己一直以來感到悲傷與心痛、不知是怎樣怎麼會得這個病、想不出原因，家裡也沒有人這樣，姊姊也都很好，想到心就很痛，不知道以後要怎樣才好”。

b. 促進個案與家庭成員表達所感受到的「悲」、「心痛」：

當案母在訴說時請個案與姊姊能對案母回應，當姊姊拍拍案母表示了解時，案母此時能在引導下也主動表示“還好有這個姊姊，不然不知道一個人怎麼應付”，此時鼓勵在一旁的個案感受到家人的互相體會。

## 3) 感受並鼓勵家庭成員表達感激與期待：

案母對個案受限於病情影響限制了個案的發展，對疾病、對個案感到失望，卻仍期待能有改變。案母為了個案非常的努力生活、肯定自我的能力與自我存在對個案的重要，其他家庭成員也感激案母對個案的照顧。

**表二 情境家庭護理治療理念及其過程（續）**

- (2) 呈現家庭情境中的流動：分享、互補、獨立（捨）、依賴（連）。
- 1) 感受並鼓勵家庭成員表達分享：
    - A. 鼓勵情感上的分享，將自己對彼此的關愛能夠說出。
    - B. 鼓勵個人表達與外界互動的分享，並引發個案的動機。
  - 2) 感受家庭成員的互補並予確認：
 

感受個案與案母之間的互補，並予鼓勵：

案母總能主動尋找社區中的資源並提供自己，但是個案總是被動，個案不受症狀影響時願意跟隨案母，鼓勵案母在與社區互動時能帶著個案並一起參與。
  - 3) 感受家庭成員的獨立（捨）與依賴（連），並予確認：
    - A. 感受家庭成員的角色與執行：
 

指出案母與姊姊努力的期待自己能在經濟與情感上獨立以強化自我的能力，因此案母會接臨時工或是在家經營卡拉OK，姊姊有固定的工作，在工作的角色執行上彼此不受影響，各盡其職。而案母會帶著個案協助招待來家裡唱卡拉OK的客人。
    - B. 感受家庭成員的依賴（連）並予確認：
 

提出個案與案母之間的連結較強，並於訪視期間鼓勵姊姊一起介入護理治療過程。
- (3) 確認家庭情境中的根：人與自我、外界之互動原型
- 1) 人與自我：
    - A. 引導個案表達對自己、對自己在家庭中真實的感受與想法，當個案能以言語或非言語表達皆予接納，並鼓勵家庭成員給予回應。
    - B. 引導家庭成員表達對自己、對自己在家庭中真實的感受與想法，並鼓勵個案與成員傾聽並予回應。
  - 2) 個人與外界互動
    - A. 引導個案與外界互動：由家庭成員或由訪視員陪伴與外界互動，請個案陪伴訪視員在居家附近的風景區散步，提議一起參加鄉公所競走活動或是到醫學中心眼科再進一步診治眼睛。
    - B. 維護家庭成員持續與外界互動並鼓勵家庭成員能一起引導個案與外界互動。
- (4) 確認家庭情境中的目標：
- 1) 成長：與個案及其家庭一起設定適切成長目標，包含個人成長以及家庭因應能力的成長。
  - 2) 成智：
    - A. 增進個案與家庭成員對疾病與治療的認識以及相關可應用之醫療資源。
    - B. 協助個案區分症狀與現實情境並能練習不受症狀影響的與外界互動，也請家庭成員能一起協助，例如當個案在傾聽幻聽時能教導轉移注意力。
  - 3) 成全：瞭解個人的能力與限制，在個案的能力範圍內設定目標，例如允許個案不願意到日間留院，但是個案能在家裡協助媽媽的卡拉OK生意或是能與家人一起參與社區活動。
  - 4) 成易：不設定個案達不到的目標，由簡易、容易達成的目標進行。
  - 5) 成空：允許目標未達成，再重新評估並設定目標。
  - 6) 愛：強調家庭中的愛，並強化彼此對愛的感受表達。

**2. 情境家庭護理治療及過程**

家庭情境安排：

時間：101.2.13, 15:00-16:30

空間：個案家中的客廳。

人物：個案、媽媽、訪視員、姊姊。

事件：個案受症狀影響無法與案母雙向溝通。

物：與個案及案母建立關係並進行情境家庭護理評估與提供資訊與資源。

**(1) 投入 (engagement)**

1) 建立信任關係

A. 訪視者以「對存在現象的體諒關懷」介入個案與家庭：

- a. 接納個案與案母及其家庭的現況：個案多沉默或呈傾聽狀或低聲自語，案母需重覆呼喚個案才能引起個案的注意，案母詢問個案狀況時需重覆的訴說，但個案未必有言語回應，案母擔心引起個案不耐煩而不敢多問，以致案母對個案的關愛受限於言語的表達。
- b. 訪視者以「不批判」了解案母的感受：中立的呈現案母對個案的保護與互相依賴，案母訴說拖著全身都是毛病的身子要到處去打工且在家經營卡拉OK，為的就是要撐住自己的一口氣，不申請殘障手冊不受資助，就是為了證明自己仍有能力照顧兒子，因為“他什麼都不願意，所以我還是要有能力照顧他”。
- c. 同理個案與案母：當案母說明自個案父親過世的14年來，如何艱辛的養育個案與堅忍的不願意申請殘障手冊以證明自己的能力時，予言語回應14年來的辛苦，也請個案能一起傾聽案母的表達。

2) 治療脈絡之建立

A. 討論治療史、曾經建立過治療關係的醫療機構與醫療團隊成員，以及個案與案母對治療過程的感受與看法。

表二 情境家庭護理治療理念及其過程（續）

- 
- B.建立並介入情境護理治療模式：
- a.應用透明的自我於家庭情境中，提出訪視者所體會家庭成員之感受，並引導彼此表達。例如，當案母談及個案都不走出門，則請個案回應案母，即使個案不願意以言語表達，也請個案看著案母、傾聽案母。
  - b.提供訪視者為家庭的資源，說明可提供的相關資源，包含醫療資源、社區資源、社會資源等。
- (2)賦能（empowerment）：
- 1)以尊重、支持、參與、自主的理念，強調傾聽，對問題的了解：
    - A.強調傾聽：用心專注的傾聽，不以個人的想法介入個案與案母的互動。
    - B.向個案與案母呈現彼此的心情與關注的議題。
  - 2)應用於與個案以及案母互動過程中之態度：
    - A.注意促進（facilitate）、肯定、賦能的訊息：
      - a.不要習慣給予意見或母性的勸慰。
      - b.多肯定個案與案母所表現的訊息，並引導彼此確認其感受以及所表達之訊息。
      - c.強化家庭存在的能力與資源：案母與家人對個案的接納與關愛、不放棄以及鄰近的社區資源。
    - B.針對個案家屬所關切問題的核心：
 

予提出個案及案母所關注的問題，例如案母擔心個案的右眼能不能恢復視力、精神症狀會不會更惡化、不能停止服藥、個案都不與外界互動等。
    - C.客觀中立的提供護理指導，並注意認知與情緒：
      - a.依據個案與案母的認知程度與當時的情緒狀況討論疾病與治療。
      - b.引導資源的介入：先改善案母的低自尊（不願申請殘障手冊以強調自我的能力），才能擴展資源的介入而減輕案母的負擔，使之更有能量以適切的方式協助個案。
    - D.擬定優先順序：以維護個案的症狀穩定為優先，其次以穩定照顧者案母的穩定。
    - E.在建立關係時應特別注意情感轉移的現象：避免太同情個案與案母而忽略家庭的問題，例如媽媽過於順從個案已經達到保護的程度。
- (3)靈悟（enlightenment）：
- 1)啟發：在訪視過程中與個案及其家庭成員呈現心靈深層的體會，雖然家庭成員中有人生病，但是個案與家庭成員仍能互相接納，即使有所失望但也有期待，即使有痛、有悲，但是仍然有家庭的愛支撐著個案與家庭。
  - 2)教化：由於訪視者的介入，重新再檢視個案目前的疾病與症狀、治療以及各項情境家庭護理評估再給予相關的護理指導與討論，個案與家庭成員由保護個案進而願意改變方式，較為積極的帶著個案與外界互動。
  - 3)創新之意：訪視者以中立、自然的態度介入家庭，並與家庭一起體會家庭中生命的能源，很自然的將個案與家庭帶進了社區一起參加鄉公所辦的活動。
- 

## 結論與討論

本案為一長期退縮在鄉村型社區居家中的慢性精神病患，長期以來受症狀影響無法與外界互動，雖然個案母親非常努力的滿足個案與照護個案，但是由於個案的長期退縮令個案母親既挫折又難以持續堅持，導致這個家庭顯得沉重與無奈，且家庭成員的角色功能亦受到影響和改變。本篇探討「蕭氏情境家庭護理治療」之護理治療理念與過程於精神分裂症病患及其家庭，訪視者依據其護理治療理念與過程介入於家庭情境中，家庭最終能與醫療產生連結並走出長期退縮的居家參與鄉村所舉辦的活動，因此個案與家人也能對未來生活抱有希望。

在介入本案家庭過程中，由一開始個案母親呈現努力與毅力至最後能表達無力與失望的過程中，筆者與個案及家庭成員在互動中體會到家庭的能源，尤其是個案母親對家庭成員的真情與愛，但也有失望、欣

喜、悲傷、心痛、感激與期待，呈現蕭氏所提出的情境家庭護理治療理念（蕭，2012）。在家庭情境的互動過程中也看到家庭氛圍的流動，包括成員間能分享照護個案的辛苦與個案的一點點進步；當個案母親在情感上與能力上受限時，個案的姊姊能伸出手協助，此乃為家庭成員間的互補。由於個案發病時間早，案父於個案青少年期即過世，因此長時間以來個案母親與個案之間仍較為互相依賴，需要持續性的家庭護理治療介入。本個案雖然進展很緩慢，但是已能漸漸縮短與外界的距離，家人也願意從嘗試鼓勵到強力鼓勵個案與外界互動。在護理治療過程中，家庭的目標也漸漸清晰與具體，包括個案的成長與個案母親的穩定。

本案乃探討情境家庭護理治療與過程，包括投入（engagement）、賦能（empowerment）、靈悟（enlightenment）。筆者在應用的過程中起初仍落於指導者、衛教者的角色，因此與家庭成員存在著距

離，個案母親表示“這些都有講過、都知道、都做不到”，因此在不斷的修正下，依據蕭氏所強調「生命能量」的護理過程之“投入”、“賦能”與“靈悟”，不斷的揣摩與練習，才漸漸由訪視者個人內心的領悟進而應用到家庭情境中，而讓家庭發現自己的能量。其中的護理技巧強調傾聽，對問題的了解，發展所需的因應技巧（李、蕭、李、楊、康，2008），並注意態度，尤其是注意促進（facilitate）、肯定、不要習慣給予意見或母性的勸慰。

### 參考文獻

- 行政院內政部（2012）．101內政統計查詢網．取自<http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=100>
- 戎瑾如、楊翠媛、劉玟宜、洪翠妹、洪芬芳、蕭淑貞（2008）．探討社區精神衛生護理能力鑑定模式．*精神衛生護理雜誌*，3（2），1—9。
- 李佳靜、蕭淑貞（2012）．以蕭氏情境家庭治療於精神分裂症病患及其家庭之護理經驗．*精神衛生護理雜誌*，7（1），33—40。
- 李依玲、蕭淑貞、李淑紅、楊麗敏、康云瑄（2008）．建構社區精神衛生護理能力—建構自我．*精神衛生護理雜誌*，3（2），10—18。
- 李錦彪、蕭淑貞、廖淑珍、李依玲、劉玟宜（2008）．社區精神病患關懷照顧計畫初探．*精神衛生護理雜誌*，3（1），20—27。
- 林淑芬（1996）．*精神分裂病患之社區適應，自我概念與社會支持*（碩士論文）．高雄：高雄醫學大學護理學研究所。
- 林梅鳳、蕭淑貞（1994a）．在夫妻治療過程中所應用的護理處置技巧．*護理研究*，2（3），288—298。
- 林梅鳳、蕭淑貞（1994b）．精神分裂病患及其配偶在夫妻治療中的關注主題與溝通型態．*中華公共衛生雜誌*，13（4），342—351。
- 胡海國（1997）．首次住院精神分裂症患者出院後一年追蹤之病程與病情．*當代醫學*，24（10），91—93。
- 劉智民（2011）．精神分裂症．李明濱主編，*實用精神醫學*（三版，141-153頁）．台北：國立台灣大學醫學院。
- 盧純華、戎瑾如、李錦彪（2011）．社區精神心理衛生護理．蕭淑貞總校閱，*精神科護理概論基本概念及臨床應用*（五版，609-630頁）．台北：華杏。
- 蕭淑貞（1992）．家庭護理理論．*護理雜誌*，39（3），11—17。
- 蕭淑貞（2012）．情境家庭護理治療介紹．*護理雜誌*，59（3），100—106。
- Hung, C. A., Shiau, S. J., & Huang, J. Y. (2009). Child-oriented family nursing intervention process in a single-encounter setting. *The Journal of Nursing Research*, 17(2), 120-127.



# Exploring the Theory and Process of Contextual Family Nursing Therapy for Schizophrenic Patients

Jui-Yuan Huang<sup>1</sup> • Shu-Jen Shiao<sup>2</sup>

**ABSTRACT:** This article aims to explore the Shaw's Contextual family nursing therapy and its process while taking care of a schizophrenic patient and his family to demonstrate the application of theory in correlation with practice. The author has provided a chronic schizophrenic patient with his family living in rural community with nursing care and paid visits through phone calls dated from February to May in 2012. During the period of applying Shiao's Contextual home care model, we have carried out evaluation and processed problematic analysis. According to the model of processing problems, we have the following finds of three aspects: 1. The aspect of structural characteristics of the family shows family support is over protected. 2. The aspect of family function shows dysfunction in communication, healthcare and dependence which affects the patient's psychiatric symptoms and stability. 3. The aspect of social support system displays weak support of substantial information. The caregiver has continued to contact the case and provide its family with hypothesis of Contextual family nursing therapy in which the family nursing process covers "engagement, empowerment and enlightenment" to develop community individual case applying the home nursing activities. After all, nursing requires a great deal of efforts in care of individual cases and integrates the perception of family situations to analyze engagement, empowerment and enlightenment in each family. Furthermore, by activating the family's empowerment, nursing professionals can assist individual case and his family in facing situational family problems and suggest useful strategies including encouraging participation in community activities to strengthen family support. We believe this paper will provide a practical experience of using Contextual family nursing therapy to explore the nursing processes for schizophrenic cases and their families for practitioners' reference.

**Key Words:** Shiao's Contextual Family Nursing therapy.

---

<sup>1</sup>RN, MSN, Assistant Professor Professional Technique Lecturer, Department of Nursing, Cardinal Tien College of Healthcare & Management; Secretary General, Psychiatric Mental Health Nurses Association, Republic of China. <sup>2</sup>RN, PhD, Professor and President, Cardinal Tien College of Healthcare & Management.

Received: September 13, 2012 Accepted: November 28, 2012

Address Correspondence to: Shu-jen Shiao, No. 112, Minzu Rd., SinDian Dist., New Taipei City 23143, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)22191131 ext. 5116; E-mail: shiao6@gmail.com