

# 應用社區精神衛生護理能力於精神分裂症個案的持續性照護

張國祥<sup>1</sup> 劉玟宜<sup>2</sup>

**摘要：**本文目的為實踐社區精神衛生護理人員的角色功能，描述以「社區精神衛生護理能力」應用於一位精神分裂症個案的持續性照護經驗，照護期間為2013年9月5日至2013年12月17日，約為期三個半月，主要採取電訪及家訪方式執行照護與追蹤成果，依據中華民國精神衛生護理學會所發展的社區精神衛生護理實務能力指標，運用其中「治療性人際關係」、「建構自我」、「自我管理」、「疾病管理」與「資源連結」等範疇，以賦能及各能力的行為指標作為照護的步驟及策略，評估社區個案整體及持續性照護需求，設定個案提升自我價值、持續接受藥物治療、能管理其疾病症狀與執行日常生活的自我管理，並連結社區資源建構支持系統等為照護目標，照護結果顯示個案能於社區中維持精神病況的穩定，透過有效自我管理而維持生活作息之規律，並能積極且持續地參與日間病房復健活動，個案與家屬亦了解社區可用資源，建議精神衛生護理人員能展現社區精神衛生能力及相關策略促進精神病患之社區生活適應。

**關鍵詞：**精神分裂症，社區精神衛生護理，能力，持續性照護。

## 前言

精神衛生照護發展推向社區化及去機構化的方向後，社區精神病患的照顧需求與社區資源結合已成為趨勢，若能提供完整且持續性之社區照顧，降低病患疾病復發率，病患與主要照顧者在社區中便能擁有良好的生活品質（彭、許，2006）。持續監測社區精神病患需求及提供所需之服務可使照顧的成效更好（Drukker et al., 2010）。本文描述運用社區精神衛生護理實務能力內涵及指標評估一位社區精神分裂症個案之整體性照護需求，並提供符合其需求之持續性照護過程，個案除了仍存有殘餘症狀外，因長期患病歷

程使個案對自我價值及對治療態度多負向看法，故筆者與其建立信任關係後，協助個案建構自我、疾病與自我管理、以及資源連結，期許能發揮社區精神衛生護理的角色，藉由提供個案所需的服務促進個案的社區生活適應。

## 文獻查證

劉等（2012）經由系統性文獻回顧提出社區精神病患之照護需求包括醫療照護及社區適應兩大面向與六大類需求。醫療照護面向是指個案所需之一般身體健康及持續精神醫療處置內容，包括疾病管理及危機處置兩類。國內研究也顯示精神醫療是社區精神病患普遍且高度的需求（李、蕭、廖、李、劉，2008）；而社區適應面向則指精神疾病對個人、家庭及社會功能影響而需發展策略及相關資源協助促進復元，並支持其成功適應社區生活（Bellack, 2006），需求包括心理復元、生活管理照顧、家庭支持及社會參與四類需求；而平均每位個案之需求更達4-8項（劉、戎、李，2012），可見社區精神病患需要多元化之整合及持續性照護。

精神衛生護理人員為增進社區精神病患照護成效，需學習針對其照護需求訂定目標，與病患及家屬建立合作關係，協助持續就醫服藥及提昇生活照顧功能、提昇自我價值及連結所需社區資源（李、蕭、劉、陳，2011），而中華民國精神衛生護理學會也針對社區精神衛生照護的實務，發展包含治療性人際關係、精神衛生護理評估、藥物治療、建構自我、疾病管理、自我管理、資源連結及就業照護等八項能力提供社區照護的依據及參考（戎、楊、劉、洪、蕭，2008）。

<sup>1</sup>三軍總醫院北投分院護理師 <sup>2</sup>國立臺北護理健康大學護理系副教授  
通訊作者地址：劉玟宜 11219臺北市北投區明德路365號  
電話：(02) 28227101—3164

此外，運用賦能（empowerment）概念，有助於彼此關係的建立，也更容易達到治療目標（李、許，2012），而護理人員以關懷的態度與病患建立關係便是賦能的第一步，並且以專業的態度及諮商技巧，保持相互尊重，並敏銳的評估個案及照顧者的需求，適時彈性調整提供之照護（李、葉、張，2003）。Kilian等人以門診精神疾病患者為研究對象，運用質性研究探究治療過程中賦能的意義，研究發現賦能對個案的影響與意義可被分為日常生活、治療、社會以及個人（希望，自我效能，自尊，接受）等面向，而研究結果發現加強對日常生活與治療面向的控制感，是對病患的賦能意義為最重要（Kilian et al., 2011）。

綜合以上得知，提供社區精神病患照護時，應運用賦能的策略，並可依據社區照護實務能力指標訂立目標，協助個案增加對疾病的認識、適應疾病所帶來的限制，進而激起改變的動力，實際執行有助於改變健康行為之行動，以及提昇整體生活品質與社區生活適應。

## 社區精神衛生護理能力之運用

### 一、情境計畫書

#### 1. 護理人員在社區照護情境角色：

筆者現任精神專科醫院藥酒癮病房護理師，以社區實務能力學習者角色於本院日間病房照顧個案並提供其返家後之持續性照護。

#### 2. 護理人員於社區持續性照護措施：

每週兩天於日間病房與個案互動，徵求個案同意後於每二週進行家訪，並在必要時每週電話關懷與追蹤。

#### 3. 個案在社區精神衛生照護需求：

- (1) 治療性人際關係
- (2) 建構自我，提升個案肯定自我與自信
- (3) 自我管理
- (4) 疾病管理
- (5) 資源連結與運用

#### 4. 護理人員對社區精神衛生照護之理念：

回歸社區的個案不同於住院能有24小時的監測及立即性照護，而社區照護方式不同於病房主要針對症狀之處置與衛教，而是運用賦能理念協助個案建構自我，提升自我價值及希望感，也需增進個案對自我疾病、生活之管理及運用社區有效資源之能力，才能有助於個案的社區適應並減少疾病復發再住院。

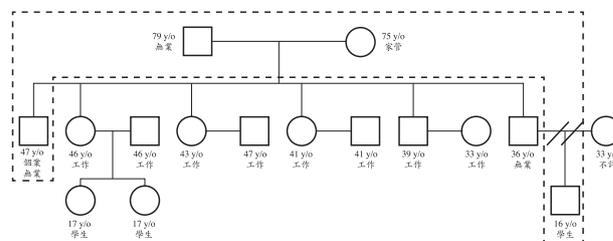
## 二、社區個案報告

### (一) 個案基本資料與病史

個案為47歲未婚男性，與父、母、姪子同住，信仰為道教。自小個性內向朋友少，因智能不足而就讀啟智班，國中畢業後在汽車修護廠當學徒至入伍服役，服役過程中曾向家人表示軍中有人會對自己不利，導致情緒欠穩出現攻擊軍中同袍行為並遭懲處，但當時未就醫。23歲退伍後開始出現明顯的幻聽、幻視、自言自語、被害感，個案父母因篤信道教而多次將個案帶至廟宇及神壇求助，後因效果不佳，才至精神科求診，故於24歲時診斷為1. Schizophrenia；2. MR with poor impulse control，個案因為幻聽及妄想症狀干擾，且出院後服藥不規則，曾多次住院治療，治療後病況趨穩定，故於民國88年後於日間病房進行社區精神復健至今。

### (二) 家庭評估資料

#### 1. 家族樹：



#### 2. 家庭病史：家族成員否認有精神疾病史。

3. 家庭環境：個案居住於北投區一棟六樓無電梯舊式公寓頂樓，與鄰居少互動，個案房間凌亂異味重，桌面及地面堆積紙箱、空寶特瓶，住家附近為住宅區，社區交通甚為便捷。

4. 家庭結構與互動關係：個案為家中長子，其弟妹因多數已婚有自己的家庭，故較少與個案有所聯絡，而個案最小的弟弟雖離婚，但自己在外居住，而其姪子目前仍在念高中與個案同住中；父母為個案主要照顧者與決策者，與個案互動關係佳，個案經濟來源皆由父母提供，但其父母年邁無業故僅靠退休金及個案殘障補助度日，對於個案未來顯擔憂，案父希望個案能學習獨立自主，案母則期許姪子能照顧個案往後生活。

5. 個案及家屬對治療態度：個案缺乏病識感，對於妄念及幻聽深信不疑，且人際較退縮、自我照顧能力低，由家屬支持下個案勉強可至日間病房治療，家人對於個案疾病認知亦不足，多以宗教觀念解釋個案疾病，對藥物治療抱持質疑態度，認為西藥無效且

會影響身體健康，會替個案買中藥而影響個案藥物治療。

### (三) 個案照護需求評估：

1. 治療性人際關係需求：當護理人員初期接觸個案時，個案婉拒接受家訪及護理評估，由此可知個案對於醫療人員心存防備缺乏信任感，故需透過治療性人際關係之運用，使個案與醫療人員建立穩固護病關係後，再協助促進持續醫療與社區適應。

2. 建構自我需求：個案表示：「我生病之後去哪裡工作都做不好，現在只能跟家人拿錢過日子了！」，評估個案對自己患病後有低自尊及負向自我價值想法，故需增加個案對自我的了解與接納，並學習提升自我價值與自信，並藉此引發自我改變之動機。

3. 自我管理需求：個案因負性症狀影響，導致缺乏動機維持個人良好日常生活管理。初次家訪便發現其房間凌亂且平時生活作息紊亂，其日間病房護理師

亦表示個案每日上課幾乎都會遲到2-3小時，故評估個案需逐步建立規律生活之自我管理能力的，以增強適應社區生活的能力。

4. 疾病管理需求：因個案仍有幻聽症狀，個案平時會以大聲吼叫方式來因應幻聽干擾，導致家人擔憂，故評估其對精神症狀缺乏合宜有效的因應技巧，且時常有剩藥物或未服用藥物之情形，個案也未能體察規則服藥對疾病之助益，故呈現有疾病管理之需求。

5. 就業照護之需求：評估個案雖表達有就業需求，但父母表達個案能顧好自己就已滿足，評估後需先提升個案建構自我及強化自我與疾病管理之成效後，再予共同討論其就業需求，故本報告未呈現此部分之照護。

6. 資源連結之需求：個案表示：「我下課都躺在家裡，我只知道到醫院跟回家的路而已」，評估個案對社區資源了解不足，故無法有效利用資源。

### (四) 護理過程

#### 照護期間（2013年9月5日至2013年12月17日）

| 建立治療性人際關係   |   |
|-------------|---|
| <b>護理目標</b> | 1.個案與護理人員建立信任感；2.個案能表達內心想法與感受。  |
| <b>護理措施</b> | <p>1.發展信任之護病關係</p> <p>(1)持續的關懷及支持：每週二，三於日間病房固定探視個案，持續關心其日常生活與需求，待信任感建立趨穩定後，予約定每二週家庭訪視，並且評估個案父、母對於此家庭訪視之意願及想法，使個案及家屬感受到被關心與持續性的照顧。</p> <p>(2)以接納態度回應個案不信任及拒絕之行為表現，持續定期會談建立信任感並關心需求，於個案及家屬同意下提出往後家庭訪視時間排程並說明目的。</p> <p>2.促進並維持雙向的溝通</p> <p>(1)以鼓勵與接納的態度引導個案表達對於疾病及藥物治療之想法，並且保持客觀不予批判的態度。個案對於疾病症狀多歸因於與鄰居恩怨所致；藥物治療只是偶爾幫助自己減輕焦慮，筆者予耐心傾聽、尊重及鼓勵個案表達想法、運用同理心予以回應及支持。</p> <p>(2)引導個案表達罹病後所遭遇的困難與挫折，以及個案對於至日間病房復健目的的茫然，予傾聽個案所訴之內容，體會個案的情緒，了解並尊重個案的感受及想法，並持續性進行討論及溝通。</p> <p>(3)當個案對於妄念深信不疑時，尊重個案之想法，採不批判之態度，並持續耐心及關心症狀帶給個案之影響。</p> <p>3.於每次訪視結束前以開放式問句引導說出訪談後的感受，對其想法感受表示尊重，並與個案約定訪視時間探視個案維持持續關懷。</p> |
| <b>評估結果</b> | <p>1.筆者於9/5起定期每週至日間病房會談、9/25開始採取家庭訪視傳達關心態度，並加強衛教持續治療的重要性，觀察於第二次家庭訪視（10/9）時個案及家屬說話態度趨友善，可嘗試說出目前所遭遇的困難，與照顧個案的挫折與歷程，故評值信任感的建立已可達成此階段護理目標。</p> <p>2.10/23家庭訪視時，個案可以主動表示：「我覺得錢可以省點花，生活沒問題啦」、「看醫生時我會緊張，不知道要說什麼了」、「有時很生氣為什麼聲音一直叫我殺人，所以覺得吃藥沒用」，經引導確認想法後可表達內心想法與感受，例如：「我爸爸現在老了，我應該要照顧他啦」、「我還是配合護士醫生給我的藥吃啦，這樣聲音只會吵一下子而已，現在不太會去大叫了」、「會擔心啊，我姪子也還小，我也想照顧他」。個案對於日後社區適應生活包括家人照顧、醫療計畫以及就業問題等想法亦可進一步提出討論，評值此階段護理目標已達成。</p>   |

| 建構自我之實務能力運用 |   |
|-------------|---|
| <b>護理目標</b> | 1.個案能表達自我感受，探索自我看法並嘗試給予自我正向的評價。<br>2.個案能自覺改變的好處，增加問題解決動能。   |
| <b>護理措施</b> | 1.協助探索自我<br>(1)以開放式問句引導個案表達對自我的看法、感受與評價，如個案表示：「我當兵就變得怪怪的！我爸媽都說我被鬼附身…都沒辦法好好工作，我現在很沒用啦」，顯呈現負向自我評價，予以傾聽、表達關懷，適時聚焦想法及感覺，接納個案所想的事情及表達之想法。<br>(2)協助個案探索目前所遇到的困難，因精神症狀影響而出現低自尊、自卑之想法，當呈現負向感受時，予接納、陪伴並尊重個案的感受，多以正向思考引導個案，不批判個案所訴之內容。<br>2.促進肯定自我<br>(1)傾聽個案於過去面對精神症狀之挫折及影響，並協助探討過去面對疾病的努力給予肯定如：「真的是辛苦你了！看到你長時間來一直被聲音吵，然後不斷的克服這種不舒服的感覺，你已經很厲害了」。<br>(2)了解個案如何轉移精神症狀干擾之技巧，並多次以口頭讚美及肯定，並與個案共同討論轉移注意力可行方法。<br>3.強化動能<br>(1)協助個案探索內在資源並探討配合治療對於減少精神症狀之益處，增加改變之動機。<br>(2)與個案會談時協助個案探索改變現況所遭遇到的困難及過去成功因應的經驗，如：「當你遇到生病造成你被監視或是被陷害感覺時，你都用什麼方式去應付呢？」，並引導個案表達其想出來的應變措施時，引導個案評價因應的成效，給予自我肯定。<br>(3)鼓勵案父母當個案出現正向改變行為時立即予以讚美，筆者定時探視時與家屬分享執行經驗，並對個案正向行為給予正面肯定，強化正向行為，增加自信心。<br>(4)協助個案發展尋找可提供協助的人、事、物資源之方法，並使用開放式問句與探索技巧，確認個案可持續維持因應策略並與醫療資源連結，如提供過去經驗，請個案舉例出現聲音在耳邊一直吵或是感覺有人跑到腦袋了，會怎麼因應，以加深問題解決印象進而強化反應能力。 |
| <b>評估結果</b> | 1.引導探索自我看法、感受與自我評價時，能表示：「我每天都有去日間病房復健，其實算很乖」、「我還是有幾個好朋友的，他們也會關心我」。顯現個案已能嘗試表達自我及給予自我正向評價，評值此階段護理目標達成。<br>2.於家訪時，個案能表示幻聽出現時會試著以拍大腿來轉移注意力，若未改善則尋求日間病房老師的協助；案父表示個案偶爾仍會大叫，個案表示：「現在試著用這種新方法後，我家裡人比較不會嚇到，還不錯啦！」，評值此階段個案症狀因應技巧雖仍有努力空間，但已可自覺改變的好處並且有展現問題解決之動機，使用適合自己之有效因應技巧，顯示已提升自我價值感受，且增加問題解決之動能。此項護理目標評值已達到。  |

| 自我管理之實務能力運用 |   |
|-------------|---|
| <b>護理目標</b> | 1.個案能主動表示願意執行自我管理策略<br>2.個案有執行自我管理之能力（準時到醫院上課、藥物管理及自我衛生管理方面）。   |
| <b>護理措施</b> | 1.評估個案自我管理狀況<br>(1)透過家庭訪視，評估個案執行自我管理與動機，依現況與個案討論房間清潔之維護可行範圍。<br>(2)引導個案檢視藥物種類，評估個案對於服藥想法、自主管理能力及服藥遵從情形。<br>2.確立執行困難與障礙及問題順序<br>(1)以個案為中心，傾聽個案對於清潔自我管理之感受。個案對於房間堆積紙箱及冬衣、桌面積存裝水容器等，表示不知道哪些物品可移動、夜間口渴需大量飲水之困擾，因此並無動機想改變。筆者以開放式問句確認個案無動機之想法，並協助個案一起初步整理桌面一方，並以乾淨之桌面進行對比，引導個案比較整理前後之感覺。<br>(2)傾聽個案對於藥物治療之感受，協助個案了解維持規律作息與服藥對疾病管理之重要性，同理改變需付出之辛勞及支持肯定改變帶給個案之助益，增加個案執行改變策略之動機。<br>(3)引導個案思考準時至日間病房上課與規律生活作息之重要性。<br>3.共同決定自我管理之目標<br>(1)請個案表達目前想改變的議題，個案表示房間堆放太多物品可以再調整，另外服藥漏餐是一大困擾，並且希望能準時到院上課，因此，將三項議題與個案討論出優先改變之順序，鼓勵個案表達執行可能遇到之困難及如何尋求資源協助。<br>(2)針對環境衛生問題，與個案及案父母討論後擬定出其最想達到及可行性高的目標為：個案可自發性打掃房間環境，包括地面清潔、桌面整齊及無堆積物、異味減少。<br>(3)針對藥物自主管理議題，與個案及案父母討論後擬定出其最想達到及可行性高的目標為：2013年9月25日至2013年11月9日個案可說出本院抗精神病藥物作用及副作用，並可執行一種成功幫助提醒自主服藥策略。<br>(4)另與個案約定起床時間及到院上課時間，並請案父母協助監督配合情形，個案亦可同意準時服藥上床睡覺。 |

|                    |   |
|--------------------|---|
|                    | <p>4.探索方法</p> <p>(1)協助個案探索並與其協商改善房內清潔的可能方法，如：請案母提醒個案自行掃地清潔地面、協助選擇可丟棄之堆放物、使用電風扇促進房間空氣流通、丟棄不實用之物品、固定換洗衣物及床單、被套減少異味…等。</p> <p>(2)因個案對案母依賴性強，故與案父母討論協商為了增加個案主動清潔內務，執行計畫期間避免過多協助及幫助，但遇個案主動清潔或經提醒下能完成清潔時，及時給予口頭讚許及鼓勵。</p> <p>(3)評估個案在家中服藥情形及引導表達對藥物的想法，協同個案拿出藥袋或藥盒，描述藥物的藥名、顆數、服藥正確時間，衛教藥物作用可協助個案控制症狀之比較，引發個案自主藥物管理動機，及共同討論初步藥物管理，包括藥袋存放、筆記或訂定鬧鐘並於鬧鐘旁貼上提示服藥貼條等自主服藥提示方法之可行性。</p> <p>5.執行策略</p> <p>(1)9/25-12/17每二週除家庭訪視外，以電訪關心個案執行情況，引導說出未執行之原因及困難，並適時予以彈性調整計畫內容。當個案表示因身體不適無法執行計畫時，則體察其情緒變化予不批判口氣回應並適切提供關心；另外，邀請個案父母參與討論計畫，並共同關心個案執行狀況，以聯結家庭支持系統，讓個案感受被關心與支持。</p> <p>(2)9/25-11/9引導個案及家屬描述個案的用藥反應，對其症狀影響程度及想法感受，適時澄清對藥物的偏見與疑慮，當個案及家屬對藥物有疑慮時，予以心理支持及適度同理，與個案及家屬共同檢視、討論與澄清，以減少個案服藥阻力。</p> <p>6.增強與評價自我管理策略</p> <p>(1)10/10引導個案回顧其努力，與其討論所遇到的困難、成功或失敗的經驗，並了解成功改變的原因及動機，共同分享執行維持環境衛生計畫的過程及結果，並持續予心理支持。</p> <p>(2)10/25加強連結藥物與疾病關係，引導個案及家屬思考遵循完整藥物治療對個案精神症狀及情緒的正向助益。</p> <p>(3)10/25與個案討論規則服藥之困難，釐清不規律的作息對其服藥的負向影響，肯定個案目前規則自主服藥行為。</p> |
| <p><b>評值結果</b></p> | <p>1.個案於10/22能主動表示願意執行自我管理策略包括準時到院上課、自我清潔管理及藥物自主服藥，並於個案父母合作下，能在個案行為改變時適時支持與鼓勵。此階段護理目標達成。</p> <p>2.11/6家庭訪視時，個案父母表示個案可於家人協助督促下漸近式改善房內清潔，包括床被單拆洗、減少收集水空瓶，剩餘一半數量（原桌面長期擺放達20罐）；11/19訪視時評值個案仍可持續維持其計畫，個案亦能誠實表達偶爾還是需旁人提醒，12/4評值個案能維持房間地面清潔、床鋪無異味、桌面不超過2罐空瓶，並能協助案母整理客廳，綜合上述結果評值個案可達成自我衛生管理能力之目標。</p> <p>3.根據日間病房護理人員表示個案近二週已可準時到院上課，筆者電訪個案父母時，其父母亦表示個案近日皆於10pm前入睡。</p> <p>4.於11/19家庭訪視時，個案可拿出藥盒說出其藥物名稱、及辨識外觀與正確服藥時間及所服用抗精神病藥物作用及副作用。經加強連結藥物與疾病關係，以及共同討論執行策略窒礙難行處，修訂服藥提醒技巧後，12/4評值個案自主管理藥物能力時，個案可主動說明有自己在房間桌上貼紙條提醒吃睡前藥，另外將隨餐需服藥物放置於飯桌上作為提醒，個案父親表示個案因服藥規則許多，故目前藥袋較不會有多餘存藥的情形，因此評值個案此階段護理目標達成。</p>  |

#### 疾病管理之實務能力運用

|                    |  |
|--------------------|--|
| <p><b>護理目標</b></p> | <p>1.使個案能說出疾病對自身生活之影響。</p> <p>2.能促進個案及家屬發展因應疾病方式至少2項。</p>  |
| <p><b>護理措施</b></p> | <p>1.評估疾病對於個案日常生活之影響程度</p> <p>(1)協助個案釐清疾病造成生活之困擾、家人相處間之困擾經驗。</p> <p>(2)共同回顧發病期間就醫情形與目前穩定復健之差異性。</p> <p>2.協助疾病與治療成效之連結，建立病識感</p> <p>(1)引導個案回顧過去未治療前症狀惡化時所出現的行為，如謾罵、攻擊他人…等，並評估個案目前有部分病識感。</p> <p>(2)連結疾病及治療之相關性，衛教藥物治療之益處及作用，並提供個案藥物衛教單張。</p> <p>3.促進適應能力</p> <p>(1)增加案父母疾病認知，並適時予心理支持，並提供暢通之求助醫療管道（鄰近醫院與訪視護理師之聯絡方式），增加現實感，減低案父、母之罪惡感。</p> <p>(2)共同討論可接受之轉移注意力技巧，如念佛號、數秒，並引導個案與案父母尋求社區醫療協助。</p> <p>(3)與個案共同回顧治療後及疾病因應的成果並予以肯定。</p> |
| <p><b>評值結果</b></p> | <p>1.於家庭訪視中，個案可說出：「我還是會聽到聲音叫我去打人，所以我一直沒辦法出去賺錢」、「我們鄰居都知道我生病，說我會亂叫，所以到現在我走在路上他們還會特別看我」等，評值個案能說出疾病對自身生活之影響，故此階段護理目標已達成。</p> <p>2.個案能明白規則服藥對於疾病控制的重要性。10/25加強連結藥物與疾病關係，引導個案及家屬討論如何協助個案穩定疾病策略，包括情緒起伏、奔跑及自言自語等疾病症狀發生之頻率減少、醫療資源之運用。</p> <p>3.家庭訪視時，個案能說出運用看電視和聽音樂轉移注意力，而個案父母表示面對個案病況改變時，也表示願意配合給個案運用自我調適技巧的機會，必要時會主動尋求醫療協助與諮詢，不再任意使用宗教儀式來解決問題，故評值個案與家屬能實際運用至少兩項以上之因應疾病方式，故此階段護理目標達成。</p>  |

| 資源連結及運用之實務能力運用 |  |
|----------------|--|
| <b>護理目標</b>    | 1.個案及家屬能了解社區資源。<br>2.個案及家屬能使用至少兩項社區資源。   |
| <b>護理措施</b>    | 1.建立可用資源之相關資訊<br>實地勘查社區可用資源為：社區圖書館、運動公園、公車、小市集、菜市場、銀行…等；醫療資源為：兩間教學醫院；福利機構為：社區活動中心、里民服務中心、職訓中心…等。<br>2.評估個案對於資源之需求及認知<br>(1)評估個案放假在家多無所事事，少外出活動，生活缺乏目標，且對於社區休閒設施及福利機構不了解也不懂如何運用。<br>(2)與個案及案父母討論對於個案生活之期待後，以目前需要的資源為：社會福利資源、社區休閒設施之資源。<br>3.增加個案使用資源動機<br>(1)向個案及案父母說明社會福利之特性，引導了解資源利用的益處，如里長服務處可尋求相關資訊及資源、辦理悠遊卡之社會福利可減少交通費用、住家外的公園設施、小市集、百貨公司的利用可增加休閒空間以調適心靈…等。<br>(2)鼓勵表達對於資源利用之想法，並適時予以支持。<br>4.協助個案發展使用資源的知識及技能<br>(1)協助個案及案父母認識里長及讓其了解其資源之可利用性，並陪同個案與里長見面讓個案更了解資源的運用。<br>(2)規劃就近之捷運路線，引導個案自行至捷運站辦理悠遊卡，並提醒攜帶重大傷病卡和殘障手冊以協助辦理優惠補助。<br>(3)鼓勵個案多至附近公園活動，並使用公共設施，減少在家時間，增加休閒空間。<br>(4)病人雖表示會搭公車，但是因不知公車時間表，故護理人員予提供住家附近之公車時刻表，增加外出及資源利用之機會。<br>5.連結個案獲得所需資源並追蹤之<br>(1)鼓勵個案搭公車時合併悠遊卡使用，連結可利用資源。<br>(2)持續評估個案對於運用附近公設及公車…等資源的變化性（如：想往更遠的地方遊玩，需要新的資訊、地圖或公車路線），並鼓勵個案及案兄尋求新資源，並持續追蹤其資源利用。 |
| <b>評估結果</b>    | 1.11/19個案及其父母能說出社區資源為公車、運動公園、教學醫院，里民服務中心…等，並能表示了解其資源，評估可完成護理目標。<br>2.於第七次訪視（12/17）過程中表示可兩週至附近公園或市場活動，且近二週會搭公車或捷運到運動公園、商圈逛逛，可提到使用社區休閒措施之樂趣，但表示目前只接受至附近走走，不想去不熟悉的地方，評估個案可利用公車及附近公設資源，故可達到利用資源之目標。  |

## 討論與結論

本文以社區精神衛生護理實務能力指標為指引，描述照顧社區精神分裂症個案的護理經驗，經由評估整體照護需求，再提供所需的持續性照護。初次家庭訪視時個案及家屬態度較為防衛，且因個案欠缺治療與復健動機，也缺乏未來目標，又因精神症狀多次發病及鄰居的標籤化導致個案出現社會功能退化，人際退縮，外出意願低，無法利用社區資源；而家屬對於個案之治療採消極且放任的態度，評估此個案之需求符合劉等（2012）所提出社區精神病患之照護需求包括醫療照護及社區適應兩大面向與六大類需求：疾病管理、危機處置、心理復元、生活管理、家庭支持及社會參與之需求（劉、戎、李，2012）。

精神衛生護理人員定時以關懷態度與個案及家屬互動以軟化其防備，建立信任的治療性關係後，協助個案探索自我，鼓勵接納自我負向觀點，肯定及強化正向觀點，以提升自我價值及希望；也引導個案確定

生活習慣執行的困難，共同探索解決方法，鼓勵執行有效策略以提升自我管理之能力；另外增加個案及家屬對疾病認知，鼓勵表達面對疾病或治療上的困難，引導連結疾病與治療之相關性，並學習疾病因應方式，以強化其疾病管理之能力；最後協助個案及家屬瞭解社區資源，並連結其資源，提升資源利用能力，以上所使用之策略亦能呼應李等（2011）所提及為增進社區精神病患治療成效，需學習針對其照護需求訂定目標，與病患及家屬建立合作關係、提昇自我價值及連結所需社區資源（李等，2011）。

從醫院急性病房的護理師到社區精神衛生護理師間的角色轉換，筆者在個案照護過程中有很大的衝擊與挫折，面臨角色的差異，筆者過去多以指導者角色重複提醒或以專業人員角度提供病患應獲得的知識及技能來衛教病患，但這樣未以個案為中心的方式未必能有效提升病患的服藥結盟行為及疾病接受度（李等，2008）。本次透過實務督導與學會臨床訪視教師協助筆者討論照護方向，並學習運用「賦能」的概

念，以個案需求為導向，鼓勵個案參與及分享自己的感受，期待的執行進度及成效行為來協助病人了解自己的情況及需求，從自我參與中發展自然可行的因應問題技巧，增進其對自我問題的負責、控制與處理，增進病人適應社區生活的能力。建議精神衛生護理人員應訓練具體社區實務能力以展現於社區持續性照顧之獨特角色功能，並藉此照護經驗提供精神衛生護理人員轉換照護情境時參考之具體目標、策略、過程及成果。

### 參考資料

- 戎瑾如、楊翠媛、劉玟宜、洪翠妹、洪芬芳、蕭淑貞 (2008)·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。
- 李怡娟、葉若分、張麗春 (2003)·建構賦權式以社區為基礎的獨居老人照護模式·*護理雜誌*，50 (3)，49—55。
- 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。
- 李淑紅、蕭淑貞、劉玟宜、陳喬琪 (2011)·探討社區精神衛生護理能力之人本要素·*精神衛生護理雜誌*，6 (1)，1—10。
- 李雅芬、許敏桃 (2012)·運用充能協助一位精神分裂症患者家庭之護理經驗·*長庚護理*，23 (1)，124—133。
- 彭美琪、許銘能 (2006)·建構社區精神病患照護網絡---以台北縣為例·*長期照護雜誌*，10 (4)，323—332。
- 劉玟宜、戎瑾如、李坤黛 (2012)·社區精神病患照護需求—系統性文獻回顧·*精神衛生護理雜誌*，7 (2)，1—1。
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442. doi:10.1093/schbul/sbj044
- Drukker, M., van Os, J., Bak, M., a Campo, J., & Delespaul, P.(2010). Systematic monitoring of needs for care and global outcomes in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 10(1), 36-45. doi:10.1186/1471-244X-10-36
- Kilian, R., Hertle, C., Hoerand, S., Welschehold, M., Schleuning, G., Becker, T. & Matschinger, H. (2011). The meaning of empowerment in the psychiatric treatment process of people with severe mental disorder: results from a focus group study. *In Psychiatrische Praxis*, Vol. 38 Georg Thieme Verlag Kgrudigerstr 14, D-70469 Stuttgart, Germany.

# Applying the Competence of Community Psychiatric Mental Health Nursing to Continuous Care for a Patient Suffering from Schizophrenia

Kuo-Hsiang Chang<sup>1</sup> • Wen-I Liu<sup>2</sup>

**ABSTRACT:** The aim of this paper is to perform the nurse's functions in the community psychiatric mental health nursing. We, thus, applied the essential competence of community psychiatric mental health nursing to the patient suffering from schizophrenia who needs continuous care. The period of nursing care has proceeded from September 5, 2013 to December 17, for nearly three and a half months. In the duration of nursing care, we carried out the necessary procedures, tracked and followed up the treatment's outcomes through telephone calls and home visits in person. According to the Psychiatric Nurses Association, the essential competence of community psychiatric mental health nursing was developed on purpose to understand the integrity and continuity of care needs. With which they consist are therapeutic nurse-patient relationship, self construction, self-management, illness-management, and resource linkage competence so as able to promote the patient's self-value acquisition, continuous medical treatment, disease symptoms management, and daily care by himself. The policy of care procedure is empowered and strengthened in relation to the patient's act. That helps construct his links to community resources as well as other supporting systems. On the other hand, the care results has shown that the patient can not only maintain stability in the psychiatric condition in the community, but also through effective self-management of lifestyle regularity adapt himself actively and continuously in the day ward for rehabilitation activities. Finally, the patient and his families understand and appreciate the resources accessibility in the community, suggesting that mental health nurses should display the competence for community care and further perform the related strategies to prompt the patient's adaptation to community life.

**Key Words:** Schizophrenia, Community Psychiatric Mental Health Nursing, Competence, Continuous Care.

---

<sup>1</sup>RN, Tri-Service General Hospital Beitou Branch. <sup>2</sup>RN, PhD, Associate professor, School of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences.

Address Correspondence to: Wen-I Liu, No. 365, Ming-Te Rd., Peitou Dist., Taipei City 11219, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)28227101 ext. 3164; E-mail: wenyi@ntunhs.edu.tw