

運用行為治療於思覺失調症病人之護理經驗

胡祖梅¹ 陳靜芳² 陳昱芬³

摘要：本文運用行為治療技巧改善一位思覺失調症病人之暴力搶奪、自我照顧能力缺失與社交活動障礙的護理經驗。病人因病反覆發作，自我照顧功能退化、行為混亂、暴力搶奪、隨地大小便、重複穿髒衣服、拒絕漱洗，嚴重造成病友驚嚇、傷害及不滿。自2013年4月10日至2013年6月7日，運用五大層面整體性評估，確立病人有潛在危險性暴力行為、自我照顧能力缺失、社交活動障礙、家庭因應能力失調等健康問題。筆者評估病人的問題行為，可以簡單對話、清楚區辨人我物品，有學習能力，並透過實證文獻支持「運用正向增強法可以減少精神病人暴力行為」，進而整合醫療團隊及家屬，共同執行行為治療；藉由重複提醒目標行為及提供增強物，強化病人辨識目標行為，貫徹一致性態度，能有效減少病人暴力搶奪行為。

關鍵詞：思覺失調症、行為治療、暴力、正向增強。

前言

根據衛生福利部統計處2014年1月所公佈「101年醫療統計年報，精神疾病患者門、住診人數統計」的資料，指出國內約有11萬6千人被診斷為思覺失調症（衛生福利部統計處，2014）。思覺失調症（Schizophrenia）病人病程慢性化，社會功能退化、怪異的思考模式及混亂、暴力行為，呈現自我照顧能力及社交活動明顯減退，不僅影響個人生活品質，亦容易導致人際衝突，造成照顧者長期極大的負荷，尤其是病人的暴力與搶奪行為（黃、曾，2006；韓、蔡、陳、陳，2012；Fan & Chen, 2011; Magliano et al., 2000）。根據多篇文獻報告（黃、曾，2006；陳、黃，2010；Park & Lee, 2012）指出運用行為治療可以減少精神病人暴力行為、改善自我照顧能力及社交活動。

筆者於護理過程中，發現此病人自我功能退化、行為混亂、暴力搶奪、隨地大小便、重複穿髒衣服、拒絕漱洗等行為，嚴重造成病友驚嚇、傷害及不滿，也讓家屬感到困擾與疲憊。引發筆者運用行

為治療之「正向增強」及「逐步養成」策略，並教導病人學習「正確用詞」、「請求」及「被拒絕」的社交溝通技巧，有效減少病人暴力搶奪他人物品行為，提升病人自我照顧能力及改善社交活動技巧，並增強家屬對病人混亂暴力行為的解決能力。透過此經驗分享期能提供護理人員對思覺失調症混亂暴力行為臨床照顧的參考。

文獻查證

一、思覺失調症簡介

依據美國精神醫學會精神疾病診斷準則手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health）：思覺失調症臨床表現主要有妄想、幻覺、胡言亂語（前後不連貫）、混亂行為、負性症狀（American Psychiatric Association, 2013）。人際關係或自我照顧功能明顯低於發病前水準。常有語言表達的障礙，社會功能呈現混亂行為。常見的健康問題包含：潛在危險性暴力行為、自我照顧能力缺失、社交活動障礙、家庭因應能力失調（韓等，2012；黃、曾，2006；陳、黃，2010）。

思覺失調症病人除藥物治療外，使用適當的心理社會治療是非常需要的（黃等，2011）。運用行為治療可以減少思覺失調症病人暴力行為、提升自我照顧能力及改善社交活動（胡、陳，2003；黃、曾，2006；陳、黃，2010；黃、劉、陳，2008；Park & Lee, 2012）。

二、行為治療

行為治療以學習理論為基礎，運用「正向增強」及「逐步養成」策略，經由反覆的學習，減少思覺失調症病人暴力搶奪行為、提升自我照顧能力，尤其是嚴重病人（李，2004；黃、黃，2011；Park &

¹臺中榮民總醫院精神病房副護理長 ²臺中榮民總醫院精神病房護理長 ³臺中榮民總醫院精神病房護理師
通訊作者地址：陳昱芬 40705台中市西屯區臺灣大道四段1650號
電話：0920-669632

Lee, 2012)。此外社交技巧訓練對思覺失調症病人增進溝通表達、改善暴力言行也有顯著成效(胡、陳, 2003; 羅、李、葉, 2011)。常用的策略: 1. 正向增強法: 行為出現時, 立即給予獎賞, 增強該行為再發生。2. 逐步養成法: 應用「增強」原則, 逐步塑造新行為。正向增強法及逐步養成法, 可以有效減少病人暴力行為, 增進病人沐浴、衛生的自我照顧能力(李, 2004; 黃、黃, 2011; 黃、曾, 2006; Park & Lee, 2012)。3. 社交技巧訓練: 以行為治療學習理論為基礎, 運用講解、示範主見表達技巧、練習、回饋並給予口頭稱讚, 正向增強合宜溝通表達技巧, 協助病人學習到「正確言詞」、「請求」及「被拒絕」的溝通技巧, 替代暴力搶奪的表達方式, 降低人際衝突, 改善社交活動。訓練內容包含: (1) 自我照顧技巧: 外觀、沐浴。(2) 主見技巧: 表達請求需要、被拒絕的感受。

三、思覺失調疾患之家庭護理

思覺失調症病人因社會功能、自我照顧能力退化, 病程慢性化需長期照顧, 且生產力減退或消失, 長期影響主要照顧者情緒及經濟負荷。而病人混亂、暴力行為, 更是主要照顧者最大負荷, 又因無效的因應策略, 更感心力交瘁(韓、蔡、陳、陳, 2012; Fan & Chen, 2011; Magliano et al., 2000)。因此, 家屬需要專業人員協助之處包括: 情緒支持、教導有效的因應策略, 學習與病人溝通等, 並提供後續喘息服務及安置機構之資源(李, 2004; 胡、陳, 2003; 韓等, 2012; Magliano et al., 2000)。

護理評估

一、病人簡介

蔡小姐, 30歲, 未婚, 診斷為思覺失調症(Schizophrenia), 無宗教信仰, 以國語溝通, 家中排行第三, 從小個性內向乖巧, 小學成績差, 高農肄業, 無業。與父母及二哥同住, 經濟來源依賴父母做攤販維持。父親及二哥工作早出晚歸, 母親為主要照顧者, 無家族精神疾病史。2013年4月10日因行為混亂, 打破了家裡所有的玻璃品, 家人無力照顧, 送至本院急診並入院。

二、過去病史

國二(1997年)發病, 幻覺, 混亂行為, 失

眠, 診斷為思覺失調症, 持續門診藥物治療, 之後可維持國中畢業, 接著就讀高農, 上學幾天即輟學在家, 當時在家能做簡單家事。2005至2012年缺乏病識感, 而拒絕服用抗精神病藥物治療, 疾病反覆發, 於不同醫院住院治療共6次。

整體性護理評估

護理期間2013年4月10日至2013年6月7日, 藉由身體評估、會談及觀察, 配合病歷收集資料, 並運用身體、情緒、智能、社會、靈性五大層面作整體性護理評估。

一、身體層面

4/10入院時傻笑, 外觀乾淨, 無異味。4/11早上眼角有眼屎、口腔有異味。不喜歡刷牙洗臉, 強制協助下完成洗臉。沐浴草率、弄濕衣服, 案母無奈述: 「都要我幫忙, 不然她就不洗。」病人髒的衣褲穿上脫下, 前後、內外反穿, 表裡不分, 衣帶不會打結, 於房內大小便, 屁股擦不乾淨弄髒衣物。生活自理需提醒或部份協助。4/10入院時身高157.5公分, 體重59公斤, BMI: 23.78屬正常範圍。4/11早、午餐可自行進食9分量, 速度快, 咀嚼少, 下午將半顆芭樂整塊塞入口中, 困難咀嚼, 需重複引導吐出芭樂, 評估病人若進食固體, 容易噎到, 故立即更改三餐為半流質飲食。晚餐可自行進食半流質飲食, 無噎到情形。晨起帶如廁時, 病人立即衝向馬桶便池, 迅速撈便池水要喝。強制拉開, 引導並協助洗手, 重複說明並引導喝開水, 此後可喝飲水機的水。住院期間生命徵象穩定, 檢驗報告皆正常。在家睡眠正常, 住院期間睡眠時數持續7至9.5小時, 滿意睡眠品質。平日喜歡跟在媽媽身旁, 無特殊休閒活動。

二、情緒層面

4/10入院時病人情緒穩定, 傻笑、不理會或答非所問。案母述: 在家要求很多, 不順她就摔東西。住院期間可以單詞、單句表達, 如: 要不要、高興、喜歡、討厭、要什麼, 整體情感表達與內容一致。

三、智能層面

4/10入院會談, 答非所問、新語、單句表達, 或不回應。入院後言談內容貧乏、重複, 多為身體層面, 例如: 「我沒有吃東西」、「我可以出去了嗎?」、「我挖肛門」、「我忘了」、「醫生會來看我

嗎？」無法深談，呈現思考中斷、聯想鬆弛，內容貧乏，小學成績表現不佳。住院後，病人因退化及混亂無法配合心理測驗，過去病史無「智能不足」診斷。未觀察到聽幻覺及妄想言行。

住院期間判斷力及抽象思考問題，無法回答。人的定向力正常，有時會說錯時間，知道自己在醫院。評估立即記憶，可以正確重述五個數字或7、8個字的詞句。計算能力可做兩位數的加法。無病識感，覺得自己是因為不乖而住院，知道要吃藥，4/20表示：我要吃藥，因為壞壞。

入院前打破家裡所有玻璃品。4/10晚間擅闖病友房內，搶飲料喝下，案母表示：「給她舒跑就不會拿別人東西。」並善後賠償。4/11大力踢房門，無法自控緩解，表示怕怕要綁起來，對「怕怕」的原因，傻笑無法說出。母親陪伴用晚餐，一直搶病友的整盤餐點，帶回病室後，自行收拾行李要回家，並搶護理師的鑰匙。依據護理紀錄統計行為治療前(4/10~4/19)踢門與搶奪行為共24次，每天2-3次(如表一)。

分析上述行為原因：觀察病人搶奪行為是突發性的，不論是搶奪食品或物品，見到想要的就搶，總會伴隨著動作迅速或暴力傾向，可以整個人趴在對方身上搶，或堅持不願意放手的拉扯，甚至扯破對方的衣袖也不願意放手，詢問病人行搶原因，皆傻笑或答非所問。而案母訴：她就是貪，看到就要，看到就搶。不想住院就會出現破壞行為，以為這樣讓大家討厭她，就可以回家。在家也一樣，不順其意就搞破壞。觀察病人暴力踢房門行為，是無預警在房內一直大力踢房門，直到工作人員到場，立即停止，兩眼直視盯著工作人員，當詢問原因時立刻傻笑，不說話或要求約束。詢問要求約束原因，又傻笑，無法說出。分析原因，病人傾向尋求關注行為，故教導病人：想要找護理人員時，可以到護理站，鼓勵直接用

言語表達請求、需要，替代暴力踢門行為。分析「病人暴力行為的觀察記錄」，選擇出現次數最多且嚴重侵犯他人權益的：「暴力搶奪」為目標行為，在執行行為治療前一週(4/13~4/19)共出現11次，為「基線(baseline)行為」，資料類別為：搶食物(8次)及搶物品(3次)。

四、社會層面

病人活動範圍限於家中，喜歡跟在母親身旁，沒有朋友。平日喜歡看電視、發呆。案父對病人的言行無奈且包容，案母為主要照顧者，案母訴：在家要求飲料紅茶、舒跑，一杯、兩杯、三杯、四杯…往上加，未滿足其要求就砸東西，家裡的東西都被她打破了，都換成打不破的了。4/10入院小夜班搶病友飲料，案母立刻給病人舒跑一罐並賠償對方。案母訴：「給她舒跑就不會拿別人東西，能怎麼辦？」4/11案母陪伴用晚餐時一直要搶病友的餐盤，護理人員立即制止帶回治療室後，案母指責病人搶奪行為，對此病人開心的傻笑，案母生氣的情緒隨即緩解，並減輕指責的語氣。4/18案母訴：「她要的東西，只好給她，不然她會一直吵，重複的問，問整晚不睡覺，我也受不了。」4/21案父來訪訴：她實在很亂，我們都沒辦法。案母對病人的互動方式採取指責、否定、妥協，缺乏彼此想法與感受的溝通，困難達成相互瞭解及協調，相對的增加了病人暴力搶奪及混亂行為的表達方式。尤其在病人搶奪行為後立即給予增強物(病人喜愛的舒跑)，更增強了病人暴力搶奪行為。住院後，每天下午案母探訪陪伴。爸爸、大哥、二哥、嫂子假日偶爾來訪，遷就病人，互動可。4/10~4/18與病友無言語互動。4/20可參與晨操，但心不在焉，無法配合參與其他活動，顯不在意。

表一 病人暴力行為的觀察記錄

	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19
搶食物	1	1	1	1			3		1	
闖他人房，拿食物								1		2
搶護理師鑰匙		1								
搶牙膏牙刷			1				1			
搶手圈			1						1	
搶指甲剪										1
踢門				1	3	2		1		

五、靈性層面

無宗教信仰，人生觀、信仰觀、自我超越感、自我改變、未來的期望等艱難問題無法回答。家屬會帶病人廟裡拜拜。

問題確立

經由以上之五大層面整體性評估，確立病人的主

要健康問題有

- 一、潛在危險性暴力行為：傷害他人、物品/與疾病病程導致認知障礙、行為退化有關。
- 二、自我照顧能力缺失：漱洗、衛生、穿著及如廁/與疾病病程導致自我照顧功能退化有關。
- 三、社交活動障礙/與疾病病程導致言行混亂、表達障礙有關。
- 四、潛在性家庭因應能力失調/與因應方式無效有關。

護理措施與結果評值

護理問題一、潛在危險性暴力行為：傷害他人、物品/與疾病病程導致認知障礙、行為退化有關(4/10~6/7)

護理目標：1. 5/10病人暴力與搶奪行為減少至每週少於7次。

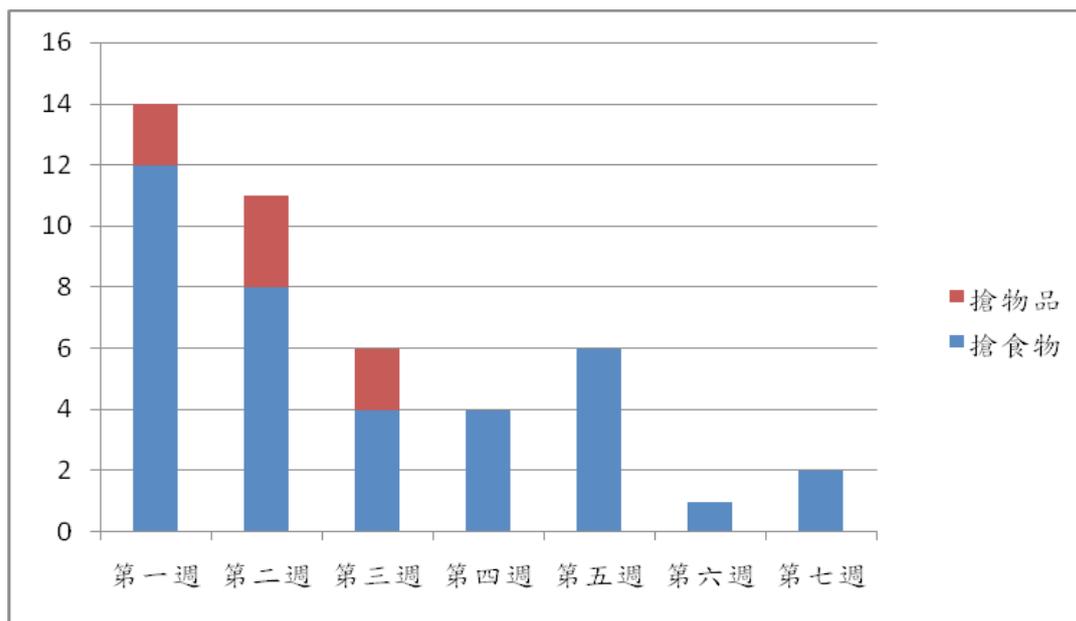
2. 出院時病人暴力與搶奪行為減少至每週少於3次。

主客觀資料	護理措施	評 值
<p>S: 4/10案母表示：病人在家要求未滿足，即砸東西。喜歡喝舒跑。 5/7我要吃黃金補體素（麥粉），不要餅乾。</p> <p>O: 4/10入院多沉默，四處張望，無法深談。晚間闖入病友房內，搶病友的飲料喝下，行為衝動，動作敏捷，無法自控。不理會問話，無法說出行為原因。 4/11母親陪伴用晚餐時，一直要搶病友的晚餐。 4/12服藥時，迅速搶病友手上的波蜜喝。 4/14晨起及11AM暴力踢房門，表示：怕怕要打針。引導表達原因時，則開心的傻笑，無法說出行為原因。 4/18於9AM突然衝向062病人抓住不放，搶手圈，扯破對方袖子，嚇到對方（認為被攻擊）。</p> <p>4 / 1 9 統計行為治療前(4/10~4/19)踢門及搶奪他人物品行為共24次，平均每天2~3次。 5/6 3PM搶病友餅乾，無法勸阻，對提醒行為治療內容、鼓勵自控行為感氣餒，表示：不要舒跑了（獎勵品）。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 移除危險物品，提供安全性環境，減少環境刺激，避免病人破壞物品造成傷害。 2. 建立信任的治療性人際關係：每日關心病人，以接納態度會談。 3. 引導言語表達踢門、搶東西的想法、原因，給予充分時間回應。 4. 運用「問題行為觀察記錄分析表」，分析病人暴力踢門與搶奪行為，是否有誘發原因。 5. 給予設限，以真誠及尊重態度，運用同理心，說明不能搶奪他人東西及踢門的用意：要表現情緒穩定，言行自控，才適合出院。鼓勵言語表達需求與情緒感受，重複教導社會能接受之行為處理方式。 6. 提醒回房，遠離環境誘惑（早上發放購物品、三餐單獨用餐）。 7. 與醫師討論並擬訂行為治療內容：設定目標行為為暴力搶奪行為優先處理，達成共識：運用正向增強法，而不用處罰的策略，減少目標行為。 8. 與病人及案母討論行為治療內容，選擇病人最喜愛的舒跑飲料作增強物。並請案母帶足夠量每日3罐的舒跑飲料。 9. 行為治療：每日口述一次行為獎勵內容，表現好「未拿取他人物品，未踢門」，則三班分別給予讚美、鼓勵及正向增強物舒跑一罐（白班、大夜班下班前，小夜班睡前）。未達到行為獎勵標準則取消正向增強物。 10. 每日鼓勵病人說出行為獎勵內容，說出正確則給予讚美及鼓勵，錯誤則再次提醒內容。 11. 醫護同仁採一致性態度，執行行為治療，登記行為觀察記錄。 	<p>5/10病人暴力搶奪行為減少為每週6次。 6/7出院時病人暴力與搶奪行為減少至每週少於3次。 統計行為治療後(4/20~6/7)，每週暴力搶奪行為如下 第1週：14次。 第2週：11次。 第3週：6次。 第4週：4次。 第5週：6次。 第6週：1次。 第7週：2次。 (見表二及圖一)</p>

主客觀資料	護理措施	評 值
	12. 修正行為治療內容：考量白班病人要維持長達8小時目標行為較困難，而大夜班為睡眠時間，故向病人說明給予正向增強物舒跑一罐的時間改為11AM、4PM、8PM。增加正向增強物的選擇，包含麥粉、舒跑一份，整日都達到，睡前可選擇泡麵。 13. 教導對自己行為負責，於失控搶奪行為緩解後，應向對方道歉。 14. 當病人情緒激躁，有傷人或自傷之虞，其他方法嘗試無效後，依醫囑執行身體約束或針劑治療。 15. 以食物為正向增強物，並監測病人的體重變化。 16. 出院計畫：教導案母運用行為治療策略，修正病人暴力、摔東西的行為。鼓勵出院後持續執行行為治療。強調養成病人正向合宜行為之重要性。	

表二 病人暴力搶奪行為統計表

	前1週	第1週	第2週	第3週	第4週	第5週	第6週	第7週
搶食物	8	12	8	4	4	6	1	2
搶物品	3	2	3	2	0	0	0	0
合計	11	14	11	6	4	6	1	2



圖一 病人暴力搶奪行為統計圖

護理問題二、自我照顧能力缺失：漱洗、衛生、穿著及如廁/與疾病病程導致自我照顧功能退化有關(4/10~5/10)

護理目標：1. 4/30協助下病人能完成刷牙、洗臉、穿著、如廁。

2. 5/10病人能自行完成刷牙、洗臉、穿著、如廁。

主客觀資料	護理措施	評 值
<p>S:</p> <p>4/11：我怕刷牙，不用牙膏。</p> <p>4/12：我不會洗臉。</p> <p>O:</p> <p>4/11：臉部眼角有眼屎、口腔有異味。拒絕刷牙。</p> <p>4/11：弄髒的衣褲，穿上脫下，前後或內外反穿，表裡不分，拿起就穿，衣帶不會打結。</p> <p>4/11：在房內隨地大小便。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.與家屬會談，了解病人在家執行漱洗、衛生、穿著及如廁的情形。 2.請案母配合準備病人可自行穿脫衣服如：套頭衣服及鬆緊帶褲子。 3.每日留意行蹤，定時帶如廁，如廁後洗手。若隨地大小便時立即制止，教導表達「我要便便」簡單用語，提供便盆椅。 4.主動關心病人，建立信任的治療性人際關係，觀察了解無法刷牙洗臉、正確穿著及如廁的原因。 5.協助收拾病人弄髒的衣褲，打包鎖在儲物間，避免病人再穿回，待案母下午來院時帶回清洗。 6.當病人如廁後，弄髒衣褲或身體，而抗拒清洗與更換清潔衣褲時，在其他方法嘗試無效後，則強制引導及協助處理。 7.以簡單易懂的方式衛教刷牙洗臉的重要性及示範如何維持個人清潔衛生。 8.依據病人的能力，從簡易的項目開始協助學習，逐步養成自我照顧的能力與習慣，如刷牙：準備用物→漱口→使用牙膏→刷牙，洗臉、穿衣、如廁亦仿同此步驟。 9.每天觀察病人刷牙、洗臉、穿著及如廁過程的反應：接納其情緒、行為反應（抗拒、閃躲），反覆耐心引導及鼓勵。 10.配合病房生活作息表，設計結構化個別性生活作息表，讓病人瞭解起床後是刷牙洗臉的時間，養成刷牙洗臉的習慣。 11.每日鼓勵自行完成，每當完成漱口、刷牙、洗臉或正確穿著、到廁所如廁，立即給予正向增強，讚美及肯定。若錯誤不給予指責或批評，反覆教導正確執行方式。 	<p>4/29協助下病人能完成刷牙、洗臉、穿著、如廁後清洗及更換乾淨褲子。</p> <p>5/10病人能自行完成刷牙、洗臉、穿著、如廁。</p>

護理問題三、社交活動障礙/與疾病病程導致言行混亂、表達障礙有關(4/10~5/30)

護理目標：1. 4/30病人能減少不正確的言語表達。

2. 5/28病人每週可以參與團體衛教活動。

3. 5/30可以說出五位病友的名字。

主客觀資料	護理措施	評 值
<p>主觀資料：</p> <p>4/11水雜水、水雜水啦…媽媽…媽媽…。</p> <p>4/13客家午餐是蟲點嗎？客家飯是蟲嗎？</p> <p>5/11想要跟他們聊天，但是不敢去。</p> <p>客觀資料：</p> <p>4/11一直要搶病友的晚餐。</p> <p>4/12迅速搶病友手上的波蜜喝。</p> <p>4/20做早操持續力差。</p> <p>5/8與病友無言語互動。</p> <p>5/10病友主動攀談，不回應，呆呆的望向病友。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.簡明自我介紹，與病人建立良好的治療性關係。 2.主動關懷，鼓勵表達並了解混亂言詞的想法及原因。 3.每日傾聽澄清、了解病人語意。適時提醒言詞上的錯誤，教導正確言詞說法。當言詞說正確，立即給予正向增強，表示聽懂、讚美、肯定並滿足其合理的需求。 4.訓練自我照顧的能力與習慣，維持外觀社交禮儀。 5.運用行為治療，修正病人搶奪他人物品之社交障礙行為。 6.鼓勵合宜言行表達替代暴力搶奪行為。 7.重複講解、示範主見表達技巧、練習、回饋，並給予口頭稱讚，正向增強合宜溝通表達技巧，協助病人學習到「請求」及「被拒絕」的溝通技巧，替代暴力搶奪的表達方式，強化情緒平穩，表達需要、感受的行為。 	<p>4/30病人可減少不正確的言語表達。可說出「肚子餓。不可以搶別人東西，大便要用尿桶，洗澡有糖果嗎？」</p> <p>5/28可以參與團體衛教活動。</p> <p>5/30可以說出五位病友的名字。</p>

	8.介紹病情穩定的病友給病人認識，鼓勵、引導與對方互動。先從簡單的認人、打招呼做起，當做到時，立即給予口頭讚美，漸進學習社交技巧。 9.每週二引導鼓勵病人參與病房團體衛教活動，回饋其活動的持續度、專注力。	
--	---	--

護理問題四、潛在性家庭因應能力失調/與因應方式無效有關(4/10~6/7)

護理目標：1. 6/2案母能說出養成病人暴力行為之不恰當互動模式

2. 出院時案母可以正確說出行為治療策略

主客觀資料	護理措施	評 值
<p>主觀資料： 4/10案母：家裡的東西都被她打破了，能怎麼辦？都換成打不破的了。 4/18案母：她要的東西，只好給她，不然她會一直吵，重複的問，問整晚不睡覺，我也受不了。 4/21案父：她實在很亂，沒辦法。</p> <p>客觀資料： 4/10案母對病人搶東西行為，採取給病人飲料並賠償了事。 4/10擅入他人房，拿取病友的飲料喝下。案母表示：趕快給她舒服。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.與家屬會談，鼓勵說出照顧病人的問題及感受，給予支持。評估案母對病人問題行為之因應策略。 2.每次會談，採傾聽同理，給予家屬情緒、心理支持。 3.案母來訪時觀察其與病人互動及因應方式。 4.向案母說明行為治療正向增強、逐步養成策略、內容、目的與主見表達的技巧，邀請案母共同參與行為治療，學習與病人正向溝通及相處方式；表達想法與感受，以增進相互瞭解，達成共識，以鼓勵表達行為原因、想法與協調，替代指責、否定、妥協，避免溝通衝突，減少病人暴力、摔東西行為。 5.每次來訪帶來病人要求的食品，交護理站管制，做為行為治療增強物。行為表現好時才給予。 6.引導案母看出「在病人搶病友飲料後給予泡麵(因病人跪地要求吃泡麵，又執行前一日對病人的承諾)」的互動模式，養成病人的問題行為。 7.引導家屬看到行為治療的成效，強調行為治療策略持續執行及一致性態度的效果，強化家屬的信心。 8.予出院衛教，教導運用行為治療策略修正摔東西等暴力行為。鼓勵出院後持續執行行為治療。強調養成正向合宜行為之重要性，並衛教遵從醫囑服藥穩定症狀之重要性。 9.提供電話諮詢服務及出院電話追蹤服務，給予家屬情緒支持及問題處理方法。 10.轉介社工評估經濟需求及提供安置機構資源。 	<p>6/2案母能說出養成病人暴力行為之不恰當互動模式；當病人暴力後，滿足其要求(增強物)。</p> <p>6/7案母可以正確說出行為治療策略：先作約定，當病人好的行為表現時，給予病人期望的獎勵品。</p> <p>6/15電訪案母表示：行為治療方法有效，但工作回家後很累，沒有時間跟病人耗，只要病人吵得受不了，就答應她的要求，不然會吵整夜。給予情緒支持，重述行為治療策略的原理、方法與重要性。</p> <p>6/20再次電訪案母表示：都有按時給病人服藥，也會按時返診追蹤治療。但病人常吵鬧、要求多，家人都能包容，仍希望病人住在家中。</p>

討論與結論

本文敘述一位30歲，思覺失調症的病人，因自我照顧能力退化，暴力搶奪他人物品、隨地大小便、重複穿髒衣服、拒絕漱洗等行為，嚴重造成病友驚嚇、傷害及不滿，不僅影響個人生活品質，亦容易導致人際衝突，也讓家屬感到照顧疲憊。運用行為治療之「正向增強」及「逐步養成」策略，教導主見表達技巧，有效減少病人暴力搶奪他人物品行為，提升病人自我照顧能力及改善社交活動技巧，並增強家屬對病人混亂暴力行為的解決能力。

筆者評估病人的問題行為，有學習能力，可以簡單對話，清楚區辨人我物品，並透過文獻支持「運

用行為治療可以減少精神病人暴力行為」，進而整合醫療團隊及家屬，共同執行行為治療。每日重複提醒目標行為及提供增強物，強化病人辨識目標行為，一致性態度，貫徹執行力。結果：行為治療執行前病人暴力搶奪行為平均每天2~3次。執行第三週明顯下降為每週6次，第六、七週分別為1~2次，有效減少病人暴力搶奪行為，成效與文獻一致(Park & Lee, 2012)。

行為治療的第7週，病人仍出現2次搶奪物品之問題行為，案母考量經濟負擔，選擇回家照顧，在出院前安排家屬來院實際參與執行行為治療，但病人返家後對家人恢復原來的互動模式，對家人執行行為治療有測試期，一再出現吵鬧行為，讓家屬很困

擾，雖然給予電訪諮詢與支持，但案母表示：病人吵得受不了，就答應她的要求，沒有時間跟病人耗，又採取妥協模式，此為行為治療無法持續在家中執行，病人問題行為無法完全解決的困難所在。

因此建議應建立轉介制度，讓混亂暴力須持續行為治療的病人在出院時，由專責社區或居家個案師接手，家訪依據實際家中環境設施、家人互動與問題行為，設計有效行為治療因應策略，處理病人的問題行為。

參考文獻

- 李引玉(2004)·*當代精神衛生護理*·台北：偉華。
- 胡祖梅、陳都美(2003)·建立日間留院精神病患自我肯定訓練方案·*榮總護理護理行政專刊*，1—10。
- 陳美齡、黃美意(2010)·運用行為修正法於一位慢性精神分裂症病人之護理經驗·*高雄護理雜誌*，27(2)，35—43。
- 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·*台灣醫學*，15(4)，365—374。
- 黃怡芬、曾淑惠(2006)·運用行為治療於精神分裂症病人之護理經驗·*澄清醫護管理雜誌*，2(1)，41—49。
- 黃珮玲、黃瑞媛(2011)·行為治療與認知治療·於蕭淑貞總校閱，*精神科護理概論—基本概念及臨床應用*(八版，235-264頁)·台北：華杏。
- 黃碧玉、劉智如、陳克仁(2008)·運用行為修正於一位慢性精神分裂症個案之護理經驗·*馬偕護理雜誌*，2(2)，94—103。
- 衛生福利部統計處(2014)·*101年醫療統計年報*·取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4717&doc_no=43270
- 韓國菁、蔡芸芳、陳明岐、陳映燁(2012)·具暴力行為的精神分裂症病人照顧負荷及其影響因素·*護理雜誌*，59(2)，29—39。
- 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—72。
- American Psychiatric Association. (2013). (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press Incorporated.
- Fan, C. C., & Chen, Y. Y. (2011). Factors associated with care burden and quality of life among caregivers of the mentally ill in Chinese society. (2), 195-206.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guaeneri, M., & Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow up data from the BIOMED I study. (3), 109-115.
- Park, J. S., & Lee, K. (2012). Modification of severe violent and aggressive behavior among psychiatric inpatients through the use of a short-term token economy. *Journal of Korean Academy of Nursing* , 42(7), 1062-1069.

How Behavioral Therapy Used to Improve Violent Behaviors of Schizophrenia Patient

Tau-Mei Hu¹ • Ching-Fane Chen² • Yu-Fen Chen³

ABSTRACT: The purpose of this article was trying to apply behavioral therapy to improve violent behaviors of a patient with schizophrenia from the 10th of April, 2013 to the 7th of June, 2013. We have evaluated the fore-mentioned patient from five major aspects through collecting their behavioral baseline data to later do nursing assessments. The patient's health problems were shown as follows: dangerous violent behavior, self-care deficit, impaired social interaction, and inefficient family coping skills. We found that the patient had the ability to learn, to express simple dialogue and to discriminate items. In compliance with the evidence-based literature review supporting that "the use of reinforcement able to reduce violent behaviors of the patient", the medical team and patient's family worked together to conduct behavioral therapy. We conclude that the medical team has the determination and attitude of carrying out strengthening identification of objective behavior, reminding the patient of the target behavior along with repetitive reinforcement, able to help reduce effectively the patient's frequency and severity of performing violent behaviors.

Key Words: Schizophrenia, Behavior Therapy, Violence, Reinforcement.

¹Assistant Head Nurse, Psychiatric Ward, Taichung Veterans General Hospital. ²Head Nurse, Psychiatric Ward, Taichung Veterans General Hospital. ³RN, Psychiatric Ward, Taichung Veterans General Hospital.
Address Correspondence to: Yu-Fen Chen, No. 1650, Taiwan Boulevard Sect. 4, Taichung, Taiwan 40705, ROC.
Tel: 886-920-669632; E-mail: yfchen@vghtc.gov.tw