

個案照護計畫

壹、個案簡介：

一、基本資料：

姓名:呂○葦 年齡:59/01/21(47歲) 性別:男性

籍貫(縣市):台中市潭子區 婚姻狀況:離婚 教育程度:高中畢業 職業:無 信仰:佛道教

疾病診斷-中文:情感性思覺失調症；英文:schizoaffective disorder

首次發病年齡:33歲 此次住院日期:106/05/11

照護日期:106/08/09~106/09/01

二、疾病史：

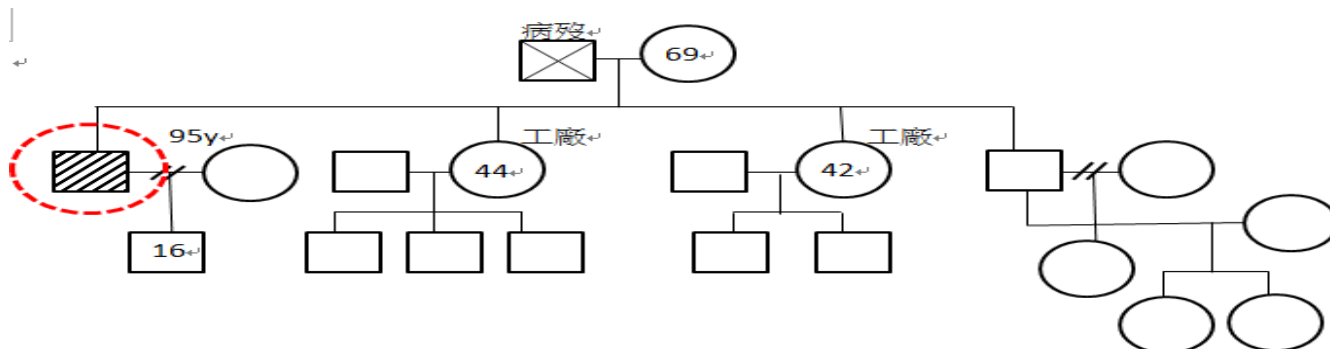
現在病史：

民國 106 年 2 月於本院出院後，因與案母吵架，一人獨居，無業，四處遊蕩，妄想仍活躍(自己是俄羅斯皇家安全警衛局海軍上將，是提名不分區立委，可以砍人預算等)。民國 106 年 5 月 11 日晚上因在社區中常常大聲播放音樂，干擾鄰居，常引起員警關切，且和他人討論政治相關議題時，情緒易怒，容易有攻擊行為等，在家屬接到社區通知後，由案弟陪同下於急診經醫師評估，再次入院接受治療，同年 7 月 5 日入本病房。目前於病房內情緒尚平穩，可以主動配合服藥及參加病房和職能治療活動，生活可自理，品質尚佳，可與護生及固定病友互動，對妄想症狀仍侃侃而談，現實感差。

過去病史：

首次發病年齡為 33 歲(民國 92 年)，民國 92-94 年因躁動、失眠、誇大妄想(自己是國際特赦組織的成員，是特赦殺手)，曾到中國附醫住院三次，診斷為雙極性情感疾患。民國 94-100 年誇大妄想、破壞行為、口頭和肢體的攻擊(以政治人物的名義送花圈給死去的鄰居，以胡志強、馬英九的名義寄壽衣到總統府，自製海報文宣被告誹謗，擅自去馬路指揮交通，被以觸犯公共危險罪被起訴等)於本院住院五次，診斷為情感性思覺失調症，其中穩定後因病識感薄弱，藥物遵從性低，誇大妄想仍明顯等情況，曾兩次轉到復健病房，期間復健工作表現佳。民國 100/7/15 因症狀穩定，在與個案及家屬討論後出院。出院後，藥物遵從性低，拒門診，症狀惡化，於民國 101-102 年住本院治療三次，但因計畫結婚及媽媽不捨住院而未接受慢性病房復健。民國 103-104 年於靜和醫院住院三次。民國 105 年 11 月因誇大妄想、不穩定情緒、干擾行為(自己是俄羅斯安全警衛局海軍上將、開車闖紅燈，晚上播放大聲音樂干擾鄰居)再次於本院住院治療。

無過敏史、有 B 肝病史、無開刀紀錄。於台中高農園藝科畢業，病發前為裝潢工人，病發後幫家中農務、油漆等相關事項，未有相關精神疾病家族史，主要照顧者為案弟，平時獨居，此次為第十二次住本院。



圖一

三、目前治療情況：

(一)理學檢查：

日期	項目	檢驗值	正常值	異常分析及代表意義
一般生化檢查				
106/05/11	A/G Ratio	1.66	1.1~2.5	正常
	Amylase 7	85.00	28~100 mg/dl	正常
	Globulin	2.9	1.5~3.7 g/dl	正常
	H. D. L	65.0	>40 mg/dl	正常
	L. D. L	70.0	<130 mg/dl	正常
	Creatinine	0.82	0.7~1.2	正常
	e-GFR	101	100~120 ml/min	正常
	BUN	11.0	8~20 mg/dl	正常
	Uric acid	6.8	3.7~7.3 mg/dl	正常
	Bilirubin (總量)	0.80	0~1.3 mg/dl	正常
	Bilirubin (直接)	0.14	0.1~0.5 mg/dl	正常
	全蛋白	7.7	6.1~7.9 g/dl	正常
	Albumin	4.8	3.5~4.8 g/dl	正常
	S-GOT(AST)	36.0	15~41 IU/L	正常
	S-GPT(ACT)	24.0	10~40 IU/L	正常
	Alk-p	61.0	32~91 IU/L	正常
	r-GT	18.0	7~64 IU/L	正常
	Cholesterolo	149.0	0~199 mg/dl	正常
	TG	42.0	0~199 mg/dl	正常
	Na(blood)	144.00	136~144 mmol/L	正常
K(blood)	3.8	3.6~5.1 mmol/L	正常	
Cl(blood)	109.0	98~107 mmol/L	偏高,可能個案那時水分攝取不夠所導致。	
Free-T4	1.06	0.54~1.4 ng/dl	正常	
RPR/VDRL Test	Non-reactive	Non-reactive	正常	
106/05/12	HbA1c	5.4	4~6%	正常
血液檢查				
106/05/11 CBC- I	WBC	6.1	3.5~9.6 10 ³ /uL	正常
	RBC	5.24	4.2~6.23 10 ⁶ /uL	正常
	RDW	14.4	12~16 %	正常
	Hb	15.3	13~18 g/dl	正常
	Hct	46.3	38.8~53.1 %	正常
	MCV	88.2	76.9~94.7 fl	正常
	MCH	29.1	25.8~33 pg	正常
	MCHC	33.0	31.8~34.2 g/dl	正常
	Platelet	140	169~413 10 ³ /uL	偏低,可能導致凝血不全或

				容易出血的情形，可能與個案本身有 B 肝有關。
	PDW	15.7	15~17 %	正常
	MPV	10.5	9~13 fl	正常
106/05/11 DC/W	N-seg	68.1	41.7~73.7 %	正常
	Eosin	0.9	0.7~8.1 %	正常
	Baso	0.3	0.2~1.4 %	正常
	MONO	8.0	4.6~12.3 %	正常
	Lymph	22.7	18.4~45 %	正常
Urine Routine(尿液常規檢查)				
106/05/11	PH	6	4.5~7.8	正常
	Clarity	Clear		正常
	Sp. gr	1.003	1.003~1.035	正常
	Color	Straw	yellow	正常
	Ascorbic Acid	(-)		正常
	WBC	0-5	0~5/HPF	正常
	RBC	0-2	0~2/HPF	正常
	Squamous epithelia	0-5	0~5/HPF	正常
糞便檢查				
106/05/11	Color	Brown	Yellow-Brown	正常
	Consistency	Formed	Formed	正常
	Musus	(-)	(-)	正常
	PUS	(-)	(-)	正常
	Blood	(-)	(-)	正常
	RBC	(-)	(-)	正常
	潛血反應	Negative	Negative	正常
	WBC	(-)	(-)	正常
	Parasite	Not found	Not found	正常
106/06/01	Glucose(AC)	85	70~100 mg/dl	正常
106/06/06	Glucose	77	70~140 mg/dl	正常
106/06/26	EKG	NSR	NSR	正常

(二)藥物治療

起迄日期	藥物/劑量 時間/用法	作用/作用機轉	副作用/副作用護理/ 注意事項	評值
106/07/05~ 迄今	Apa-Risdol F.C 2mg/1 # /QD/po Apa-Risdol F.C 3mg/1 # /HS/po	急慢性思覺失調症 與其他精神病狀態 之活性症狀與負性 症狀，減輕伴隨思 覺失調症產生之情 感症狀。/	頭暈、思睡、反應遲鈍、食 慾增加、體重上升、口乾、 姿勢性低血壓、EPS、高劑 量易致心律不整。/ 1. 姿勢性低血壓於改變姿 勢時(如坐臥到站立)宜緩	106/08/28 誇 大及政治妄想 症狀仍存，未 有明顯 EPS 副 作用，亦無其 他不適之主

		<p>對 H1-histaminergic 及 α-adrenergic 接受體之親和力較低，而對 Cholinergic 接受體則無親和力。本品為強效之 D2 拮抗劑。</p>	<p>慢，小心避免跌倒。 2. 口乾宜適時補充水分或口含冰塊、酸梅等。 3. EPS 應視出現之症狀予護理（如肢體僵硬、小碎步，應注意步態，避免跌倒），並告知醫師，給予抗乙醯膽鹼藥物以緩解。/ 帕金森氏病患服用本品時應小心，因為可能導致病情惡化；糖尿病患者請留意血糖控制。可能增加體重，應告知病人避免飲食無度。</p>	<p>訴。</p>
106/07/05~迄今	Peden Retard 4mg/1 # /QD/po	<p>帕金森氏症/3 級抗膽鹼劑，可進入中樞神經抑制黑質紋狀體通路的興奮性遞質乙醯膽鹼對震顫麻痺有一定療效。</p>	<p>口乾、便秘、排尿困難、視力模糊、心跳加快、暫時性欣快感。/ 1. 預防視力模糊，眼睛不要直射太陽。 2. 口乾應定時於每次吃完東西後刷牙，且每二個小時使用漱口水或溫鹽水漱口，保持口腔清潔；隨身攜帶溫開水並時常喝水，以濕潤及清潔口腔。 3. 便秘應每日攝取水分 2000CC 以上，均衡飲食外、多攝取含水分及高纖維的食物；每天充分的運動，強化腹部肌肉，可促進腸蠕動；養成定時排便的習慣，每天早餐後 15-20 分鐘是最好的如廁時間，有便意時不要忍住，上廁所時不要用力過度或如廁太久；維持良好的坐立姿勢。 4. 預防排尿困難，如廁過程中給予誘尿，如聽取水聲或沖洗會陰部。/癲癇、心律不整的病患應小心使用。</p>	106/08/28 未有明顯 EPS 情形，亦無其他不適之主訴。
106/07/06~迄今	Eszo 2mg/1 # /HSPRN/po	<p>失眠/BZD 類的安眠藥；對大腦邊緣</p>	<p>腳步笨拙或不穩、頭暈、昏昏欲睡。/</p>	106/08/28 照護期間未使

		及下視丘之情動機制及下視丘腦幹覺醒維持機制的抑制，並非直接作用於覺醒機制。	1. 宜緩慢行動並注意步態，以避免跌倒。/ 勿飲酒、服藥後，請勿開車或操作危險機械。	用。
--	--	---------------------------------------	---	----

(三) 團體治療、職能治療、娛樂治療、行為治療

治療項目	目的/意義	病友參與的情形
娛樂治療	透過各種娛樂活動（如聽音樂、看電影、看電視、看戲劇表演、跳舞、遊戲、下棋等），來陶冶性情、增進身心健康。	個案在下棋時，很認真地在思考，也會協助一同玩的人如何去走下一步，玩棋過程中，有時會四處地用眼睛看四周的人在做些甚麼。看電視時，個案很專注，有時會與護生討論電視內容。
職能治療	透過一連串設計過的活動，讓個案去進行，並從中學習、練習或加強、改善各種生活技能、心態，以健全生活。	個案主動參與職能治療進行的項目，過程中很專注，也會幫助其他不會的病友。如：上烹飪課時，個案眼神專注且持續，做的過程中很流暢，遇到不會時，也會先詢問老師，成果也不錯。做代工時，可以很專心的捆好每一份金紙，不會出錯，做的速度適中，品質還不錯。健行時，個案通常走在前面，能跟好隊伍，走的速度適中，過程不會頭暈，走不動或跌倒。

貳、文獻查證：

一、情感型思覺失調症之相關概念：

依孔(2003)指出情感型精神分裂症(Schizoaffective disorder)是一種嚴重及持續性的腦部疾病，它會造成精神病態行為、訊息處理過程及具體思考、問題解決層面和人際關係之困難，常會導致人際退縮、自我照顧能力減低、社交互動障礙、社會功能障礙等問題。精神疾病診斷手冊**第五版(DSM-V)**診斷標準中提到，情感型思覺失調症同時有情感性症狀及精神病性症狀期，特徵為同時完全符合思覺失調症活躍期症狀(如：幻聽、妄想、整體而言混亂、解構的語言或緊張的行為)及重鬱發作、躁狂發作的準則，情感性症狀相對於疾病總時間而言約佔大部分(≥50%)，需大部分時間有著明顯的情感性發作。若情感性發作只占少數時間，診斷仍應置於思覺失調症、雙極性疾患、或憂鬱性疾患(台灣精神醫學會，2014)。

思覺失調症為持續變化腦部的疾病，與腦內神經傳遞物質的釋放、代謝與吸收相關。研究顯示，思覺失調症病患大腦所釋放的神經傳導物質多巴胺(dopamine)、血清素(serotonin)明顯高於正常人，並與其正性症狀相關(周、王、楊、蘇，2007；楊、葉、李，2001)。第一代抗精神病藥物的主要機轉在於阻斷或減少傳遞多巴胺的功能，雖能減輕正性症狀的嚴重度，但也因基底核的多巴胺傳遞被阻斷，控制運動的能力發生異常，而容易產生錐體外徑症狀

(extra-pyramid syndrome, EPS)；也因為大腦皮質及中腦邊緣多巴胺傳遞過少而減低動機性行為，惡化了負性症狀。研究顯示，負性症狀愈嚴重之病患，自我功能愈差(余、鍾，2004)，生活品質愈差(Mueser, Douglas, Bellack, & Morrison, 1991)。第二、三代的抗精神病藥物為混合型多巴胺及血清素受體拮抗劑，對正性症狀具有療效，且病患較少產生錐體外徑症狀，但因長期進行藥物治療與疾病慢性化，病患的負性症狀會持續影響與退化，且易引發代謝症候群而備受爭議(沈，2007)。

抗精神病藥物為目前臨床上改善思覺失調患者症狀及維持功能的主要治療方式(張、彭、

張,2009)。思覺失調患者若不維持藥物治療,停藥半年內復發機率為 50%,一年內復發為 65~80 % (陳、邱、吳,2011)。

二、思覺失調症妄想症狀的護理:

受到妄想干擾的個案缺乏病識感,特性顯敏感、多疑,護理原則應安排固定的護理人員以建立信任感,用被動友善且尊重的態度觀察,採分次而短暫的探視以減少個案的疑慮,傾聽妄想內容予同理內在不適與無助感表達關懷的立場,但不附和其妄想內容是正確的。當關係建立後,引導區分現實與妄想之間的差異,陪伴傾聽內心的想法與問題,教導與他人適當的溝通技巧(石、陸、張,2008)。護理人員於傳遞訊息時,言語應清晰明確、避免碰觸個案及開玩笑,會談過程中,出現合乎現實想法時,給予正向加強,並詢問個案所呈現的事實部分,討論真實的人與事,以分散注意力的方法避免陷入妄想內容,等妄想症狀改善後再慢慢指出其妄想內容與現實不符的地方(余、翁,2006)。

三、疾病復發與服藥遵從性的關係:

許多研究認為服藥遵從性是復發與否的關鍵因素,復發機率會隨藥物治療的中斷而增加 (Csernansky & Schuchart, 2002)。抗精神病藥物的遵從性和疾病的復發及再住院密切相關,因服藥遵從性不佳而導致症狀復發或再住院者,為服藥遵從性佳者的 10.27 倍,因而再住院者為服藥遵從性佳者的 4 倍;且精神病人服藥遵從性高或低,其住院天數也會有差異 (Ascher-Svanum et al., 2010;Morken, Widen, & Grawe, 2008)。不遵從服藥和未持續服藥都是可能造成精神疾病頻繁復發的原因(Gbiri, Badru, Ladapo, & Gbiri, 2011)。

藥物治療為精神科重要的醫療處置,病人常常因病識感不佳、疾病觀感不足、對藥物治療成效、處方的複雜度、副作用以及家屬的態度影響導致未規則服藥進而影響治療的結果 (Barkhof, Meijer, & de-Sonneville, 2013)。建立良好、信任的治療性關係,評估個案及家屬對疾病看法,利用家屬座談會了解家庭的需求與疑問,針對思覺失調症給予疾病衛教:病因、症狀、治療方式及預後,討論精神藥物正面及負面影響,強調按時服藥及返診對疾病穩定的重要性,增進對疾病了解程度,與主要照顧者及個案共同擬訂個人化目標(Sharif, Shaygan, & Mani, 2012)。影響病患遵囑服藥的原因有:(一)病患方面:年紀較輕、低教育程度及自我調適的信念和態度;(二)藥物認知方面:對藥物作用知識的不足,對藥物可能引起的副作用感到焦慮和不清楚其處理方式;(三)環境方面:家屬的參與,也是影響病患遵從服藥行為的重要因素,若家屬對病患疾病觀感產生矛盾或拒絕態度時,易產生中斷治療(吳、何,2009;邵等,2013)。照護不遵從服藥病患時,護理人員可藉由藥物遵從行為的個別治療增進其對疾病、藥物認識,如:每日給藥時,衛教其藥物顏色、外觀、作用、副作用並鼓勵回覆示教,有助於增加疾病與藥物的正確認知,以建立健康生活(陳、邱、吳,2011)。

參、精神科五大層面之整體性評估:

項目	主觀資料	客觀資料	分析/解釋/意義
身體層面	「我穿襯衫加西裝褲,不會覺得熱,而且我也沒有牛仔褲可以穿。」 「以前我是立委,穿習慣了,我平常也比較喜歡穿襯衫,外出時通常都會穿西裝。」 「不喜歡吃青椒。」	1. 一般外觀: 整體外觀乾淨沒有異味,每天洗一次澡,穿著為襯衫加西裝褲及皮鞋並梳油頭,亦常穿著西裝外套,衣著不合時節、合年齡、性別,皮膚色澤紅潤,無傷口破皮、脫屑情形,呼吸暢,嘴唇顏色為粉紅,上排門	個案因誇大妄想,認為自己曾經是立委,所以都會穿著西裝,提醒天氣炎熱,應適當調整衣著,接受度有限,但觀察發現個案找位置坐下時都會找尋有風扇

		<p>牙缺牙有作假牙，但不常使用，能自己打理日常生活。</p> <p>2. 營養狀況： 身高 168cm，體重 61.2kg，BMI 值 21.6，處於正常範圍，普通伙食，不需協助進食，三餐大都可以把醫院供餐全部吃光，有吃點心的習慣，為水果、餅乾及飲料，每日液體攝取量 1500~2000ml。</p> <p>3. 睡眠： 晚上 8 點至 9 點之間睡，早上 5 點到 6 點醒來，一天睡眠總時數 9-10 個小時，偶爾會有賴床的現象，白天精神佳，沒有午睡習慣，醫囑有開立必要時睡前使用之助眠劑，但照護期間未曾服用助眠劑。</p> <p>4. 排泄： 一天 6~8 次小便，一次大便，無使用軟便劑及瀉劑。</p> <p>5. 日常活動： 除了參與職能治療活動外，其餘時間多於大廳活動，與病友打牌、下棋，或是看電視及報紙，鮮少在房間內活動。可主動參加職能治療活動，並配合活動進行。肢體的協調度可，做操時，動作可以完全伸展、屈曲，沒有障礙。</p> <p>6. 身體健康狀況： 生命徵象值皆處正常範圍內，有 B 肝。</p> <p>7. 物質或酒精濫用情形： 無抽煙、喝酒、嚼檳榔的習慣。</p>	<p>的位置附近。衣著的問題與其妄想有關。</p>
<p>情緒層面</p>	<p>「現在的生活沒有不會快樂也不會難過。」</p> <p>「那是我們在這裡講，要小心點，那是秘密，不能隨便說出去的。」</p>	<p>平常情緒未明顯起伏，見到人時常露出微笑。</p> <p>談到政治時，表情較嚴肅，眼睛張望四周，眼神顯防備，有時會用手遮住嘴巴，並且音量會變小聲。</p>	<p>平時情緒無太大起伏，有社交性微笑。講到與妄想有關的話題時，情緒會隨著談話內容改變。原則上情緒與心情的表</p>

<p>智能層面</p>	<p>「你看，這是我的名片，我是俄羅斯海軍上將總司令，也是國際特赦組織的會長知道很多人的秘密。」</p> <p>「林全的演講稿都是抄我的。」</p> <p>「沒有，我從來沒有過幻聽。」</p> <p>「就跟平常在家一樣生活，沒有甚麼會感到煩惱的。」</p> <p>「是我叫醫生幫我診斷的，這樣我才能進來領保險金啊。」</p> <p>「只有睡比較好，其他沒什麼改變。」</p>	<p>1. 思考</p> <p>(1) 思考過程： 個案注意力尚集中，回答可切題，沒有答非所問，但偶有離題的情形。表達內容清楚、順暢，但不合邏輯及現實，言談皆為妄想內容。</p> <p>(2) 思考內容： 講述妄想內容時態度認真，表情堅定。平時都梳油頭，穿著西裝，且會分享其自己印製的名片及海報。</p> <p>2. 知覺</p> <p>(1) 錯覺： 無錯覺相關情形發生。</p> <p>(2) 幻覺： 否認有聽幻覺，未出現自語、自笑或傾聽狀。</p> <p>3. 認知</p> <p>(1) 判斷力： 詢問個案若發生火災了，該怎麼辦?個案答:「先找東西把火源撲滅，再打電話給119。」</p> <p>(2) 定向力: 詢問個案來看過你的訪客是誰?個案答:「我弟弟、弟媳或是媽媽。」;詢問個案今天是星期幾?個案答:「星期五」; 詢問個案知道自己現在在哪裡嗎?個案答:「草屯療養院。」</p> <p>(3) 記憶力: 向個案說太陽、日曆、棉花，個案可立即重述太陽、日曆、棉花。詢問個案今日早餐吃什麼?個案答:「粥和青菜。」 ;詢問個案高中上哪一間學校?個案答:「台中高農。」</p> <p>(4) 抽象思考能力： 詢問個案「一石二鳥」是甚麼意思?個案答:「做一件事情可</p>	<p>達是一致的。</p> <p>個案認知方面的評估是正常的。否認有錯幻覺相關問題，亦未觀察到明顯徵兆。妄想症狀明顯，故評估顯示有思考過程障礙/與誇大及政治妄想有關的問題。無病識感且對藥物相關之認知薄弱，因此有知識缺失/與缺乏病識感及藥物遵從性低有關的問題。</p>
-------------	---	--	---

		<p>以得到兩個好處。」；詢問個案香蕉和橘子有甚麼相同之處?個案答:「都是水果,都有皮,都長在樹上,都是軟的。」</p> <p>(5) 計算能力: 100 減 7 可以連續說出五個正解(93.86.79.72.65)。</p> <p>(6) 一般常識: 詢問現在總統是誰?個案答:「蔡英文。」</p> <p>(8) 壓力因應能力:個案平時情緒、行為無明顯起伏。</p> <p>(7) 病識感:無病識感,但住院期間可主動配合服藥。</p>	
社會層面	<p>「這邊的人比較沒什麼好聊的。」</p> <p>「剛好有些人會玩牌及下棋,所以比較有人可以互動一起玩,也多了一項事情做。」</p> <p>「唯一的缺點是不應該為了領保險金而來住院。」</p>	<p>1. 人際關係: 少且被動與病友互動,可與病友一起玩牌、下棋,但少有言語交談;但多且主動與護生說話聊天。對他人的信任情形尚可。</p> <p>2. 自我概念: 抬頭挺胸,態度從容,顯有自信。</p> <p>3. 角色功能: 在家中為哥哥與兒子的角色,與家人關係可,在醫院內的角色為病人,主動配合治療。</p> <p>4. 家庭狀況: 家庭關係及支持度可,照顧者及經濟來源主要為案弟及案弟媳。住院期間固定一個月約5-7天由家屬帶院外適應治療。院外適應治療期間白天會至約八百公尺外弟弟家,夜晚返回自家睡覺。</p> <p>5. 文化因素: 情感表達、道德標準、生活型態、接受治療方式尚符合一般社會標準。</p>	此層面評估暫無異常,續觀察。
靈性層面	「每天順利的過,開開心的	1. 人生觀:	在自我超越與實現

	<p>就很好了。沒有甚麼特別要求。」</p> <p>「自己會看佛經」</p> <p>「未來打算等巴拿馬選好縣市長後，去香港傳真到亞洲洗錢中心，把洗錢人員的名單公布出來後去懲罰他們。」</p>	<p>在病房內每天皆能做好自己該做的事，面帶笑容與他人互動。</p> <p>2. 宗教信仰： 佛道教，個案單位內有佛經的書。</p> <p>3. 自我超越與實現： 對現在沒有什麼特別想法，但講述到未來的期許與計畫則與其妄想內容相關。</p>	<p>方面仍與其妄想內容有關。其他方面評估暫無異常，續觀察。</p>
--	---	--	------------------------------------

肆、健康問題與護理計畫

一、個案健康問題表：

項次	健康問題/護理診斷	相關因素/導因	開始日期	結束日期
1	思考過程障礙	與誇大及政治妄想有關	106/08/10	106/08/25
2	知識缺失	與服藥順從性低及病識感缺乏有關	106/08/10	106/08/25

二、護理計畫：

健康問題 1：

日期	主觀資料(S)	客觀資料(O)	護理目標	護理措施	評值
8/10	<p>S1:「以前我是立委，早就穿習慣了。」</p> <p>S2:「我是俄羅斯海軍上將總司令。」</p> <p>S3:「新興毒品這個名詞是我發明的」</p> <p>S4:「明天開始會有禽流感，全台會死五萬隻雞」</p>	<p>01:大多穿著一整套西裝、皮鞋並梳油頭</p> <p>02:分送自己印製身分為俄羅斯海軍上將總司令等之名片、海報給護生。</p> <p>03: 講述妄想內容時態度認真，表情堅定，回答可切題，偶有離題的情形。言談皆為妄想內容，不合邏輯及現實。</p>	<p>短期： 106/08/13 前 個案能說出對妄想內容的感受及想法。</p> <p>中期： 106/08/18 前 個案能於引導下使用 2 種方法來轉移對妄想的注意力。</p> <p>長期： 出院前個案能說出妄想與現實的差異性至少兩項。</p>	<p>1. 主動陪伴關心，以建立治療性人際關係。</p> <p>2. 評估個案妄想內容、型態、嚴重程度、對其影響及因應方式。</p> <p>3. 引導個案說出對妄想的看法及感受。</p> <p>4. 接受並以不批判的態度，傾聽其表達妄想內容。</p> <p>5. 引導個案轉移對症狀的注意力，如聽音樂、打牌、下象棋等。</p> <p>6. 利用真實的環境及事物，適時提供現實感給個案，以澄清妄想症狀。</p> <p>7. 引導個案思考其妄想所帶來的負面影響(如之前涉及之官司問題)，增加處理妄想的動機。</p>	<p>8/13 個案表示「這就是我的任務，是我應該要做的，這麼多年習慣了啦!有時候有一些壓力也沒辦法。」</p> <p>8/18 引導個案玩牌或聽廣播時，個案較少談論與妄想有關的話題，可集中注意力在所從事的活動上。</p> <p>8/25 個案仍無法具體說出妄想與現實的差異性。</p>

				8. 運用會談技巧，引導個案思考並區辨妄想與現實之間的差異性。	
--	--	--	--	---------------------------------	--

護理問題 2：

日期	主觀資料(S)	客觀資料(O)	護理目標	護理措施	評值
8/10	<p>S1:「是我叫醫生幫我診斷的，這樣我才能進來領保險金啊。」</p> <p>S2:「因為國民黨的人在裡面，我是為了要進去抓他們的。」</p> <p>S3:「我都有按時服藥，沒有斷藥過。」</p> <p>S4:「我知道啊！一顆是理司必妥，是精神較好的，一顆是帕登，是吃副作用的。」</p> <p>S5:「幫助就只有睡比較好，其他沒什麼改變。」</p>	<p>O1:據病歷記載個案反覆住院十二次，皆因不規則服藥、拒返診致症狀起伏所致</p> <p>O2:對其反覆住院的原因都表示是為了要執行任務和領保險金進來的，自己都有按時服藥。態度較保留，不願多談。</p>	<p>短期: 106/08/14 前個案能說出吃藥前後的差異性至少兩項。</p> <p>中期: 106/08/19 前個案能說出於社區時實際上服藥的情形及反覆住院的可能原因。</p> <p>長期: 出院前個案能說出按時服藥的重要性及注意事項至少兩項。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與個案建立信任治療性人際關係。 2. 評估個案對藥物和疾病的認知程度及服藥和反覆住院的感受、想法。 3. 提出所觀察到之症狀，提供現實，加強病識感。 4. 引導比較服藥前後症狀改善情形。 5. 引導思考、比較藥物治療與症狀起伏及反覆住院的相關性，以強調規則服藥的重要性。 6. 澄清個人錯誤認知、強調藥物治療及按時服藥的重要性，如：讓個案了解不遵從服藥所造成的影響，及病情不穩又反覆住院增加家人照顧壓力等。 7. 衛教個案正確的藥物和疾病的相關知識，如不可任意自行減少藥物，需與醫師討論調整等，以建立並增加對疾病和藥物的認知。 8. 若病人有正向或正確認知的言談，即立刻給予口頭稱讚。 	<p>8/14 個案能說出服藥後，睡得比較好，比較不會生氣，想法比較少等吃藥前後的差異性。</p> <p>8/19 個案表示「是中國的藍○元說我自己可以看情況把藥物剝半或暫時不要吃的，所以才會挑藥吃或有時候沒吃藥。」；「有一兩次可能是較久的時間沒吃藥，較容易生氣，家人知道後就把我送進來，但是大部分進來都是要執行任務和領保險的。」。</p> <p>8/25 個案被動表示「理思必妥一定要吃不能挑掉，要調藥要跟醫師討論。」；至目前為止的院外適應治療期間家屬表示病人皆可自行按時服藥。</p>

伍、結論與心得：

本文講述照顧一位有誇大及政治妄想的個案，發現原來妄想的主題範圍是很廣闊的，像是他認為自己是俄羅斯的總司令，事實上那只是他妄想出來的，但是他卻深信不疑，不過，他明明是台灣

人，而且工作也沒幾年，就說自己是俄羅斯的總司令，確實令人不解，給予澄清症狀，他也只是把事情合理化，並不覺得有那裡不對。整體性護理評估中，發現個案有思考過程障礙及知識缺失，護理過程中，引導個案說出對妄想的看法、感受及轉移對症狀注意力的方法，如聽音樂、打牌、下象棋等；教導個案藥物的作用、副作用及注意事項，強調服藥後精神症狀的改變，以增進個案對藥物的認知及遵囑性，對於在醫院服藥的情形，也並無太大的反抗行為。

過程中感到較困難的就是他在敘述事情的過程，有時候說的好像就是真的，感覺上快要被洗腦了，好像他說的就是事實一樣，不過還是可以自己把自己拉回現實上來，不至於就陷下去，認為那是真的。有一次稍微地跟他澄清時，發現個案神情有一點不對，之後就慢慢地聽他說原因，發現原來會這樣都是有原因的，所以就比較和緩的轉移一下話題，讓個案不會在沉浸在原來的話題上，以免他的心情受到影響。還有一次他拿出名片給我看時，說自己是海軍少將，那時覺得還蠻特別的，只是當下並沒有跟他澄清，因為那時第一次接觸，所以想說不要那麼快就講那麼深入，以免他有反彈的行為出現，變得比較不信任你，之後接觸比較久一點，發現他對於自己的身分非常相信，所以給予澄清時，他總是有辦法把你說的給推翻，不過，還是有發現他自己也會稍微的思考一下是不是有那裡不對，至少有比較進步一點。

經由照顧此個案，讓我了解到照顧一位精神科病人，會發現不只病人要照顧，同時家屬及環境也要兼顧，因為影響的層面很廣，尤其心理方面很重要，就算那個病人有心要痊癒，也可能因為外在的眼光而退縮，畢竟在他們的世界認為自己所知道的才是正確的，外面的東西可能是錯誤的，所以我在跟病人澄清時，才會覺得一直有阻礙，我們想法不一樣，他覺得自己才是對的，所以才會比較難澄清，但是也不能因此就放棄跟病人澄清，不然他們只會一直在自己的世界中出不來，這樣反而不好。建議大家照顧此類的病人，一開始不要太反對他們的想法，可以先慢慢傾聽，之後再慢慢澄清，只是不要太快就想要他們轉換想法，反而會讓他們不相信你，以至於後面的治療都會變得沒效果。

陸、參考資料

- 孔繁鐘(2003)·*DSM-IV 精神疾病診斷與統計*·台北：合記。
- 台灣精神醫學會(2014)·*DSM-5 精神疾病診斷準則手冊*·台北：合記。
- 石欣蓓、陸秀芳、張幸齡(2008)·一位思覺失調症個案服用非典型抗精神病藥物之護理經驗·*志為護理*，7(1)，116-25。
- 余秋菊、翁素華(2006)·照護一位妄想型思覺失調症患者的護理經驗·*國立台北護理學院護理系學刊*，2(1)，91-7。
- 吳佩玲、何學厚(2009)·一位精神分裂症患者自我照顧能力缺之之護理經驗·*榮總護理*，26(2)，202-207。
- 邵文娟、陳宏、張雅芬、林煒千、林靜蘭(2013)·探討精神分裂症病患出院前後遵囑服藥與再住院關係之前瞻性研究·*護理雜誌*，60(5)，31-40。
- 林清江、楊文琪、羅靜婷、胡綾真、張怡娟、林冠華…郭繼陽(2016)·*醫護檢驗手冊(三版)*·臺北市：華杏。
- 郭曉倫、方茂守(2016)·首次住院思覺失調症患者之護理經驗·*華醫學報*，(45)，66-82。
- 陳琪雅、邱飄逸、吳碧雲(2011)·運用認知行為治療於一位精神分裂症個案的護理經驗·*馬偕護理雜誌*，6(2)，79-89。
- 張櫻慈、彭少貞、張玉婷(2009)·從順從治療團體看精神分裂症患者的藥物信念的轉變歷程·*志為護理*，8(2)，73-82。
- 楊雅珊、吳瑞燕(2017)·應用認知行為治療於一位思覺失調症個案之護理經驗·*若瑟醫護雜誌*，

11(1), 127-139。

- 蕭淑貞、王純娟、劉玉雲、戎瑾如、黃瑞媛、廖肇安…葉明莉(2016)·*精神科護理概論-基本概念及臨床應用*·台北市:華杏。
- Ascher-Svanum, H., Baojin, Z., Faries, D. E., Salkever, D., Slade, E. P., Xiaomei, P. (2010). The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 1-7.
- 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.
- Mueser, K. T., Douglas, M. S., Bellack, A. S., & Morrison, R. L. (1991). Assessment of enduring deficit and negativesymptom subtypes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 565-582.
- Morken, G., Widen, J. H., & Grawe, R. W. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 8, 1-7.
- Sheila Sparks Ralph, Cynthia M.Taylor(2016)·*最新護理診斷手冊:護理計畫與措施*(黃靜微、林家綾、喬佳宜、成子芸、林麗秋、郭惠敏、張秉宜)·臺北市:華杏。(原著出版於 2014)
- Gbiri, C. A., Badru, F. A., Ladapo, H. T. O., & Gbiri, A. A. (2011). Socio-economic correlates of relapsed patients admitted in a Nigerian mental health institution. *International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice*, 15(1), 19-26.