

## 前言

根據衛生福利部統計處(2022)統計資料顯示，我國於 2021 年罹患思覺失調症、妄想症和其他非情緒精神病症的門診及住院人數約有 154,083 人。而文獻指出思覺失調症的病人經急性期照護症狀改善，出院返家後，有高達 49%病人會因藥物認知不足，而服藥遵從度低，導致功能逐漸退化，造成在社區的生存及回歸社會困難度提升，間接影響到後續的工作狀況及生活品質(Gunjahalli & Chougule, 2020)。為了提升病人在社會生存及復健潛能，部分思覺失調症病人在急性症狀緩解後，會轉介至日間病房持續照護，以提升服藥的遵從性，並藉由職能復健訓練及以改善生活功能及使早日回歸社會(Semahegn et al., 2020)。本文個案因思覺失調症於急性病房照護後，精神症狀緩解，但仍無法自行規則服藥，且生活功能明顯退步，故轉至日間照護病房持續照護。照護期間發現，個案多次表達自己不需要吃藥，拒絕服藥，且常表達自己沒用，顯信心不足，不願與人溝通及互動，因此引發照護動機。因此希望藉由提升個案對藥物的認知，讓個案了解服藥對病情控制的幫助，進而增進服藥動機，願意規則服藥；鼓勵參與病房自治團體，增加自信心，促進與他人的互動交流；透過職能復健訓練，增進生活功能處理能力，進而提升復原力，歸社區生活。

## 文獻查證

### 一、思覺失調症簡介

思覺失調症是一種功能性精神症，病人常因思考過程偏差，而無法接受正確訊息或對訊息產生錯誤判斷，進而扭曲現實，導致精神活動與現實脫節，進而呈現退行狀態，影響正常功能之運作，導致身體功能失能，臨床常見有妄想、幻覺、認知障礙、情緒障礙、焦慮和社交退縮等症狀(吳等，2022；盧、張，2021)。此疾病特性常為慢性化，經急性期治療及照護，症狀控制穩定後，仍常有精神症狀殘存，病人會因殘存症狀干擾、缺乏對藥物的認知及服藥後的副作用等因素，而無法規則服藥，造成自我健康維護管理能力退化、職業功能障礙等，以致難以銜接出院生活，在回歸社會及就業出現適應障礙，此時可轉介至日間照護病房，透過藥物管理訓練，提升自我監督的責任；在團體生活及病房活動規範下接受訓練，及反覆的執行練習，提升自我照護及生活功能(Gunjahalli & Chougule, 2020；Semahegn et al., 2020)。

## 二、思覺失調症日間照護常見問題及相關照護

思覺失調症病人常需長期且規則服藥，以穩定控制疾病症狀，但病人常因對藥物藥物認知不足及態度負向，造成服藥遵從度下降，進而導致症狀控制不穩定(Kao et al., 2020)。而文獻指出思覺失調症的病人經急性期照護得到改善出院返家後，有高達 49%病人會因藥物認知不足，服藥遵從度低(Gunjahalli & Chougule, 2020)；針對服藥不遵從照護重點包含，評估了解拒絕服藥的原因；評估疾病及藥物對病人日常生活影響程度，協助建立對藥物的認知適應能力；衛教病人服用藥物

的種類、劑量及服藥時間，說明藥物的作用及副作用及目的；鼓勵表達對疾病和服藥過程中的想法及感受，進而意識到自己的狀況並了解治療的好處，以提升服藥動機；引導病人比較按時服藥及未服藥的精神狀態及情緒變化，增強服藥動機；藉由回顧病史澄清對疾病及治療的導正錯誤觀念；透過病友分享自己服藥的經驗，共同討論服藥的重要及目的，提升服藥意願；當病人能自主服藥時，即時給予口頭讚美及正向回饋(黃，2021；盧、張，2021；Ertem & Duman, 2019)。

思覺失調症病人在準備回歸社會時，易因發病後生活自理功能退化，懷疑自我能力，導致與人溝通時會缺乏信心，產生社交互動障礙(黃，2021)。日間病房照護時，可介紹病友相互認識，鼓勵參與病房活動；引導病人勇於表達想法及互動，從中指導並示範正確的正向語言及非語言之社交互動技巧；藉由復建訓練或團體生活活動，促進與病友間的互動；教導病人確認自己的需要並能明確表達，增強人際互動；教導與他人溝通時，說話態度誠懇、語調柔和、音量適切並專注傾聽；透過個別或團體治療運用講解、正向示範、表達技巧、並藉由演練，反覆練習、回覆示教，當病人有良好的人際互動，立即給予肯定讚美及正向回饋(Favrod et al., 2019)。

部分思覺失調症病人經急性期治療後，雖症狀控制穩定，但仍殘留精神症狀，影響人際互動、言語表達或學習問題，導致復原能力的障礙(翁、陳，2020；黃，2021)。照護重點包含，鼓勵病人表達內心感

覺，勿在意過去失敗經驗，選擇可肯定自我工作持續生活；提供職業功能訓練，並賦予適當自主權，建立自信心；鼓勵表達自身經驗，讓病人察覺要有能力負起照顧的責任，以提升工作態度及日常生活處理能力；安排復健工作訓練，以提升工作能力及自信心；評估其能力，安排適合的工作，強化自我責任及自主權；教導訂定自我可達成之工作目標，增加成就感；引導從工作中了解做事方法、與人互動技巧、時間管理等，並藉由不斷的訓練，提升復原力(Chiang et al., 2019)。

## 護理過程

### 一、個案簡介

陳先生，25歲，未婚，大學畢業，諳國台語，為家中獨子，曾擔任餐廳服務生。案爺爺74歲時因心肌梗塞過世、案奶奶77歲時因中風過世。平日與案父母同住，案父母皆55歲，一起經營自助餐店。家庭經濟小康，經濟來源為案父母生意之營收。案母為主要照顧者。

### 二、過去疾病史與照護經過

個案無內外科病史，無藥物及食物過敏史。案母主訴個案於2020年畢業後，於餐廳擔任服務生，因動作比較慢，常抱怨主管對他比較兇，因此情緒變得焦躁，開始會躲在廁所碎碎念，覺得他只是在發洩，未很在意。於2021年7月至2022年1月因工作時多次遭主管惡言相向，開始出現對玩偶怒吼及揚言要拿廚餘丟主管等異常行為；陸續又出現工作時對餐盤說話或將廚餘放進口袋等怪異動作，案母才帶個案

就醫，診斷罹患思覺失調症，但因自覺自己沒病，拒絕服藥，導致精神症狀日益嚴重。2022年2月出現多次對空自言自語及將餐盤放在下體等行為，且言談無法切題。2022/3/6因在賣場將多個包裝拆封踩碎，表示聲音命令他踩碎，因而被送至警局，聯絡家屬後，送至本院求治，入住身心科急性病房治療。4/10經治療及照護後，症狀漸趨平穩，醫師評估可出院返家，但考量個案對服藥認知仍不足，且生活及社交功能有退化，因此於4/11辦理出院並轉介至日間病房持續照護。

4/11護理師及職能治療師與個案會談了解其日間照護需求，安排4/12開始每週二下午參加病友間的病室規則及生活討論會。4/14開始每週四上午進行排列藥物訓練。4/22開始每週五上午參與書法活動及疾病衛教活動、每週五下午參與職能治療師帶領的戶外活動1時/次。5/5開始固定每月第一週週四下午參加病友的疾病討論會；5/9每周一擔任插花課程小老師。7/6起開始負責園藝整理工作。7/22安排與3位病友一起擔任餐廳服務生。9/9可主動與病友完成工作，結束後一同到護理站服藥。9/15可規律服藥，可與人友善溝通，復健工作流暢及穩定，經醫師評估，結束日間照護。

### 三、護理評估

於2022/4/11至2022/9/15日間照護病房每週一至週五照護期間，運用觀察、會談及直接照護方式收集資料，進行精神五大層面的整體性護理評估如下：

## (一)身體層面

**1、外觀及身體心像：**個案主訴平常會注重視衣著及打扮。4/11-4/20 觀察個案衣著乾淨、整齊，每天會刮鬍及整理頭髮。4/20 主訴：「我之前跟朋友出去，都會去買衣服，我喜歡穿樸素一點的，不要太花俏。」

**2、營養：**個案 175 公分，70 公斤，理想體重為 67.4 公斤。BMI: 22.8 kg/m<sup>2</sup>，平常多外食，不挑食，喜歡吃巧克力及麵食；早餐習慣吃蛋餅或三明治，午晚餐大多吃飯或麵，熱量攝取約 1700-1800 大卡/天，飲水量約 1200 ml/天。4/11 血液檢驗結果呈現 Albumin: 4.4 g/dL，營養師評估建議熱量需求約 1750 大卡/天。4/11-5/2 觀察個案早餐大多吃蛋餅或三明治及 300 ml 無糖豆漿；午餐吃營養師調配的餐(白飯和麵一碗、肉 1 份及青菜 3 份和水果 2 份)，食慾佳；主訴晚餐約吃一碗白飯、肉 1 份及 2-3 份蔬菜，熱量攝取約 1700-1800 大卡/天，飲水量約 1800 -2000 ml/天。4/11-9/15 體重維持約 69-70 公斤。

**3、睡眠：**個案主訴平日約 10 點多就寢，可以一覺到天亮，約 7 點起床，夜眠平均 8-9 小時。3/6-4/11 住院期間睡眠習慣無明顯改變。4/19 案母主訴：「他(指個案)晚上都是約 10 點左右睡，早上約七點起床梳洗後，自己出門到病房報到。」。4/20-5/12 觀察個案每日準時 8 點到病房報到，精神狀態良好，無打瞌睡或精神不濟情形。

**4、排泄：**個案主訴平日約每天解 1-2 次的黃軟便，無便秘情形；排尿順暢，約解尿 5-6 次/天。3/6-4/10 住院期間無明顯改變。4/11-9/15 於

日間照護期間，平均每天約解 1-2 次的黃色條狀軟便，無便秘情形；小便自解約 6-7 次/天，尿液呈清澈淡黃色。

**5、活動與休閒：**個案主訴平日會跟朋友逛街或喝咖啡。3/6-4/10 住院初期，需經多次勸導才會被動參與活動；經治療後，能於引導下參與活動，但僅能持續約 10 分鐘。4/12-4/18 觀察常獨自一人閱讀報紙，不會主動參與活動。4/15 主訴：「我不喜歡跟人有接觸，也不太喜歡活動，大家都不是真心要當朋友。」；4/18 經職能治療師多次引導下，才願意參與職能治療活動；案母主訴：「他大多都待在家，偶而會一個人在公園盪鞦韆。」，經以上評估，確立有「社交互動障礙」健康問題。

**6、身體健康狀況：**無特殊疾病史及家族遺傳史。個案主訴平日很少生病，偶有小感冒，會至診所就醫，吃藥及多休息。3/6 胸部 X 光檢查正常、心電圖呈正常竇性節律。4/11 血液檢驗報告呈現 Glucose AC: 84 mg/dl, Hb: 15gm/dl, Na<sup>+</sup>: 137 mEq/L, K<sup>+</sup>: 4.2 mmol/L, WBC:  $8.9 \times 10^3$  /uL, 皆屬正常範圍。4/11-9/15 日間照護期間，耳溫 36.3°C、心跳 73-89 次/分、呼吸 15-18 次/分，血壓介於 115-123/76-86 mmHg 之間。

## (二)情緒層面

**1、情緒狀態：**案母主訴個案發病前個性溫和，心情好壞不太會隱藏。生病後情緒就變得比較焦躁，常自言自語碎碎念。3/6-4/10 住院期間，一開始出現幻聽症狀干擾時，會生氣大喊或敲打病床發洩情緒，經由治療及照護後，個案可藉由看電視、原地踏步及深呼吸或打電話跟案

母訴說等方式抒發情緒，維持情緒穩定。4/12-5/16 個案談論到過往工作時被欺負經驗，情緒會起伏較大，但在傾聽及安撫後可緩解。4/15 主訴：「以前工作時常被欺負，所以談到工作就會生氣。」；5/16 主訴：「以前的事情都過去了，我也不想再計較，想重新生活。」。5/16-9/15 偶爾工作出現便當發放錯誤或發太慢時，會主動向護理師表達發生錯誤的心情及想法，或去休閒活動室畫畫或聽音樂，讓情緒穩定。

**2、心情狀態：**個案主訴平日心情不好時，都會跟父母說，父母很關心及照顧他，考試成績差或被老師罵時，案母會陪在旁邊聽，讓他心情緩和。3/6-4/10 住院期間，個案主訴心情不好時，會打電話跟案母訴說。4/11-5/10 常喃喃自語，表情淡漠，病友偶會向前關心，個案會顯不耐煩；偶因幻聽症狀干擾，導致情緒起伏，傾聽及安撫後情緒可緩解。4/13 案母主訴個案偶而會抱怨病友一直跟他打鬧，而跟病友生悶氣，不過有聽他講講，他就會好些。5/10 主訴：「我如果心情不好可以講給護理師或媽媽聽，有人聽我說話，心情就會好些。」

### (三)智能層面

**1、知覺與認知：**3/6-4/10 住院期間，經治療及照護後，幻聽干擾症狀有改善。4/11 個案意識清醒，評估判斷力、定向感、計算能力、記憶力、注意力及抽象思考皆正常。4/12-4/22 觀察個案雖偶有幻聽的殘餘症狀，但自覺有幻聽干擾時會主動去看報紙或聽音樂，降低受干擾症狀。4/18 主訴：「現在只要有聲音來，我會去洗個臉，也會去走一走，



這樣聲音就不會很吵了。」；4/22 主訴：「在家裡如果有聲音來吵我，我會聽搖滾音樂，把音樂開大聲點，就不會一直聽到那聲音。」。4/22-9/15 個案可運用聆聽音樂或參與活動達到緩解幻聽干擾症狀。

**2、思考過程與內容：**案母主訴個案住院前常會對著布偶自言自語說些胡話，住院治療後改善許多。3/6-4/10 住院期間，個案一開始有言談明顯妄想且內容不實情形，經治療及照護後，受妄想干擾症狀緩解。4/11 主訴：「以前會覺得餐廳的食物是用人肉做的，後來想想也不可能，這麼多家餐廳不可能都用人肉做的。」；4/16 主訴：「以前會覺得太陽系的人要偷我的命，很害怕，現在想通了，也沒真的有看到太陽系有人，不會覺得害怕了。」；4/11-5/16 表達有妄想症狀干擾時，可以冷靜下來，說出妄想及現實的差異，不加以理會。

**3、因應能力及防衛機轉：**案母主訴個案平日若有壓力或遇到問題時，大多跟父母訴說；有時會跟朋友聊天，紓解壓力。3/6-4/10 住院期間會用公共電話打電話跟案母談心；遇到幻聽干擾問題時，會主動詢問護理師解決方法。4/15 主訴：「醫生說，來日間病房要訓練，有不懂的要問老師。」；4/20 主訴：「現在遇到問題，我會問護理師；活動時不懂得，就偶爾問一下病友。」、「現在心情不好或是有事情想不明白，會找爸媽討論。」。4/11-4/20 觀察個案會將衛教內容寫在筆記上，有疑問時，會先翻閱或主動詢問護理師，因應能力有進步。

**4、病識感方面：**個案於 3/6-4/10 住院期間有部分病識感，知道自己生

病，因幻聽干擾導致身體疲憊，但卻認為症狀並非藥物可控制，需護理師勸說很久，才會願意配合吃藥。4/11 主訴：「吃藥沒用，浪費藥而已。」、「我只是比較累不需要吃藥。」；4/13 主訴：「聲音是用趕的，不是你說吃藥就有效。」、案母主訴：「這兩天晚上的藥，我都要勸很久，他才肯吃。」。4/11-4/13 日間照護時會直接拒絕服藥，經以上評估，確立有「服藥不遵從」健康問題。

#### **(四)社會層面**

**1、自我概念：**個案自覺自己脾氣很好，工作認真負責；案母主訴個案發病前很有自律，工作也很努力。4/11 案母主訴個案治療後，雖精神症狀漸穩定，但對自己沒信心。4/22 主訴：「我覺得自己很笨很沒用，一些簡單的工作都要想老半天才知道怎麼做。」、「我會怕自己比不過別人，能力差找不到工作。」。4/26 主訴：「我覺得自己好像變鈍了，動作比以前更慢，可能沒辦法工作？」，4/22-4/26 個案會注意力不集中，動作顯較遲鈍。經以上評估，確立有「復原力障礙」健康問題。

**2、人際關係：**案母主訴個案平日偶會與朋友約唱歌或看電影，開始出現一些奇怪行為後便較少出門。3/6-4/10 住院時常待在病房，很少跟其他人一起活動，但在鼓勵下，會嘗試在大廳與病友聊天。4/12-4/18 與病友交談時，都低著頭，一直搓揉雙手，說話聲音顫抖及結巴。4/15 身體畏縮、低頭顯緊張，主訴：「有人跟我說話，我就會緊張，怕講錯話被罵。」；4/18 主訴：「我能力變差，其他人可能覺得我是絆腳石，不

會跟我做朋友。」，經以上評估，確立有「社交互動障礙」健康問題。

**3、角色功能：**案母主訴個案平常放假會到自助餐廳幫忙。個案主訴家裡只有他一個小孩，自己有責任要奉養父母，有想學著繼承家業，分擔爸媽的辛苦。7/6 整理園藝雜草及環境清潔時，會主動提出疑問並與人員討論進行調整。7/22-9/9 於餐廳工作時會與病友互相合作。

### (五)靈性層面

個案無特殊宗教信仰，對於未來工作仍有想法，期待疾病改善，可以回歸家庭生活。4/20 主訴：「生活沒什麼好爭的，平順的工作賺錢，過日子就好。」；7/28 主訴：「我希望工作賺錢養爸媽，他們就不用那麼辛苦。」

### 問題確立及護理計畫

綜合以上評估，確立個案有「服藥不遵從/對藥物認知不足」、「社交互動障礙/缺乏自信心」及「復原力障礙/與殘餘精神症狀導致自我功能退化有關」三項健康問題，提供護理計畫如下：

#### 問題一、服藥不遵從/對藥物認知不足(4/11 訂)

主 客 觀 資 料	S 4/11 主訴：「吃藥沒用，浪費藥而已」、「我只是比較累不需要吃藥」。 4/13 主訴：「聲音是用趕的，不是你說吃藥就有效」；案母主訴：「這兩天晚上的藥，我都要勸很久，他才肯吃。」 O 4/11-4/13 個案於日間照護病房會直接拒絕服藥。
護 理 目 標	1.5/5 個案能表達了解服藥目的及願意配合服藥的意願。 2.5/30 個案能在引導下，願意配合服藥。 3.6/6 服藥時間個案能主動攜帶藥物至護理站服藥。
護 理	1.4/11 安排每週 2 次會談每次約 15 分鐘，運用治療性溝通技巧，了解個案拒絕服藥的原因，並傾聽及同理其對服藥的想法，澄清錯誤認知，並予以導正。

措施	<p>2.4/14 教導個案排列自己服用的藥物，並從旁告知藥物作用。</p> <p>3.4/18 陪伴個案閱讀圖解藥物書籍並從旁解釋說明，讓個案了解服藥對病情控制的幫助。</p> <p>4.4/19 詢問案母，了解個案喜好，當個案能配合服藥時，給予喜愛的糖果作為正增強回饋。</p> <p>5.4/26 教導個案查閱藥物資訊，將其所服用的藥物繪畫成圖冊，寫下作用及副作用，提升對藥物的認知。</p> <p>6.5/2 引導個案發覺自己服藥後，精神狀態及情緒的變化。</p> <p>7.5/5 安排每週四參與疾病討論會，與病友分享自己或傾聽他人的治療經驗，建立病識感。</p> <p>8.5/6 藉由病友陳姓學員的陪伴及支持，鼓勵個案按時服藥。</p> <p>9.5/11 當個案在引導下可配合服藥時，給予鼓勵及讚美，如：「有進步，很棒喔！」。</p> <p>10.5/12 請個案手機設定提醒服藥時間的鬧鐘，並告知鬧鐘響時，可帶藥盒到護理站服藥。</p>
護理 評 值	<p>1.4/29 引導個案到護理站吃藥時，主訴：「看藥物的圖加上你(指護理師)的說明，能知道哪顆藥是吃怎樣的，就不會那麼排斥吃藥。」、「吃藥會有糖果，我就想說配合一下，來吃藥。」</p> <p>2.5/30 觀察服藥時間病友喊：「吃藥了！」，個案可跟病友一起到護理站吃藥，主訴：「他們叫我，我就一起來吃藥。」，吃完藥會主動向護理師領取糖果。主訴：「我有感覺只要照時間吃藥後，精神就會比較好，心情也跟著好，就不會想生氣。」</p> <p>3.6/6 個案於服藥時間的手機鬧鐘響時，會自己主動拿著藥到護理站服藥，有時也會提醒病友「時間到了，該吃藥囉！」</p> <p>4.9/22 個案於門診返診後，至日間病房向護理師問候，主訴：「我藥吃完了，來看診拿藥，我現在都有按時吃藥喔！」。</p>

問題二、社交互動障礙/缺乏自信心(4/15 訂)

主 客 觀 資 料	<p>S</p> <p>4/15 主訴：「我不喜歡跟人有接觸，也不太喜歡活動，大家都不是真心要當朋友。」、「只要有人跟我說話，我就會緊張，怕講錯話被罵。」</p> <p>4/18 主訴：「我能力變差，其他人可能覺得我是絆腳石，不會跟我做朋友。」；案母主訴：「他現在大多都待在家，偶而會一個人在公園盪鞦韆。」</p> <p>O</p> <p>4/12-4/18 觀察個案常獨自一人閱讀報紙，不會主動參與病房活動。與病友交談時，都低著頭，雙手放於胸前不停搓揉雙手，說話會結巴及聲音顫抖。</p> <p>4/15 會談時，個案低頭、身體畏縮、表情緊張。</p> <p>4/18 經職能治療師多次引導下，才願意參與職能治療活動。</p>
護 理 目 標	<p>1.5/13 個案能執行 2 項提升自信的因應措施。</p> <p>2.5/30 能主動與 2 位病友一同參與活動。</p> <p>3.7/8 能主動與病友談話每次約 5 分鐘且互動良好。</p>
護 理 措 施	<p>1.4/15 挑選個性較外向與他人互動較好的陳姓及林姓病友，請病友多主動與個案互動或交談，並從旁引導其互動。</p> <p>2.4/15 個案與病友交談時，從旁提醒個案將雙手放鬆於口袋，雙眼直視對方，與人打招呼。</p> <p>3.4/19 陪伴個案參與週二下午生活討論會-「自心提升自信」，引導個案在活動中，介紹自己，表達對自己對自信心的感受，並傾聽病友的分享，融入團體生活。</p> <p>4.4/21 當個案出現緊張說話結巴時，先雙眼輕閉，大口深呼吸，堅定對自己表達「我可以」，並重新來過。</p> <p>5.4/27 個案與病友有良好的聊天及溝通時，給予鼓勵及讚美，如：「你做到了，表現很好。」。</p> <p>6.5/9 安排個案擔任每週一下午插花小老師，協助點名、簽到及協助發放花朵給病友，促進與病友間互動及提升工作自信。</p> <p>7.5/20 每週五外出散步活動時，安排個案與陳姓及林姓病友一起組隊進行外出活動。</p> <p>8.6/3 活動後請同組病友於用餐時間與個案一同用餐及聊天。</p>

	9.7/6 安排與陳姓及林姓病友同組，一起負責執行除草、澆水等園藝整理工作。
護理 評 值	1.5/13 個案可主動與林姓及陳姓病友同桌吃早餐及聊天，表示：「他們(指陳姓跟林姓病友)都會聽我把話說完，也不會罵我。」；觀察病友與個案交談時，個案會把手放口袋，看著對方，與病友說話。主訴：「現在跟別人說話不會那麼害怕了。」 2.5/30 觀察個案主動邀陳姓及林姓病友一同外出散步，主訴：「他們是我朋友，跟自己的朋友一起出去走走，心情會變好。」 3.7/8 觀察個案會主動與同組陳姓及林姓病友討論分配除草、澆水如何進行。主訴：「我負責去拿工具，我負責左邊這區，另外2區你們負責好嗎?」，溝通討論約8分鐘，過程互動良好。 4.9/22 個案於返診時到日間病房會與病友打招呼，與病友聊天，主訴：「我有交朋友了。」

問題三、復原力障礙/與殘餘精神症狀導致自我功能退化有關(4/22訂)

主 客 觀 資 料	S 4/22 主訴：「我覺得自己很沒用也很笨，連做一些簡單的工作都要想老半天才知道怎麼做。」； 「我會怕自己比不過別人，擔心能力差找不到工作。」。 4/26 主訴：「我覺得自己好像變鈍了，動作比以前更慢了，可能沒辦法工作?」 O 4/22-4/26 觀察個案會有注意力不集中情形，參與活動時動作顯較遲鈍。
護 理 目 標	1.7/20 能執行提升自我復原力措施2項。 2.8/15 能完成安排的工作任務，並表達工作成就感。 3.9/10 能表達對勝任工作有信心。
護 理 措 施	1.4/22 告知個案每日上下課需如上下班一樣打卡，若全勤，會給予喜愛的糖果2顆作為獎勵。 2.5/9 安排個案每週一下午擔任插花小老師，與個案一起討論，由個案訂定可達到的工作目標。 3.5/10 提供個案小筆記本，請個案每日寫下自己工作的狀況及進度，以了解個案。 4.5/16 於每日工作訓練前，與個案及其小組病友，一起精神喊話，如：「加油！我可以。」 5.5/24 引導個案回想起曾經好的工作經驗及技巧，並在工作訓練中加以利用。 6.5/30 在個案工作結束時，適時鼓勵及認可個案對工作的努力及用心。 7.6/6 工作目標隨復原力提升適時做調整，並給予口頭支持，如：「加油！你可以的。」 8.6/8 當個案完成工作目標時，適時給予口頭鼓勵及讚美，如：「你做得很好，很棒！」。 9.7/22 了解個案的喜好、評估能力，安排合適個案的餐廳服務生工作。 10.7/28 讓個案擔任送餐的組長，由個案教導及分派病友協助發放便當及清潔工作。 11.8/1 每日工作結束後，撥5分鐘讓個案說出自己工作的感受及想法。 12.8/23 安排個案在生活討論會，與病友分享工作的經驗及感覺。
護 理 評 值	1.7/20 主訴：「我一定會每日準時打卡工作，這樣就可以每天領我喜歡的糖果。」；觀察個案會將每日工作狀況寫在筆記本，主訴：「我把工作問題記在筆記本，就可以提醒自己不要再做錯，工作時要多注意。」；給予個案口頭讚美，個案表情顯開心，主訴：「我會繼續加油的。」 2.8/15 個案可分派病友工作任務，並一起完成配餐任務，並在結束後一起合作整理餐廳環境，主訴：「餐廳的阿姨誇獎我們整理得很乾淨，我很開心。」、「我相信我可以越做越好的。」 3.9/10 個案與同組人員整理環境及分送餐點時，面帶微笑待人友善。主訴：「工作時被人說謝謝辛苦了，會覺得自己是有用的人。」 4.9/27 電話訪談，案母主訴：「他(指個案)在家裡開的自助餐幫忙，工作很勤勞，餐廳環境整理很好，進步很多。」

討論與結論

本文照護一位思覺失調症個案於急性期照護後，仍有服藥不遵從

及社交互動障礙殘餘症狀，影響生活復原能力，故轉至日間照護病房持續照護。照護過程中，運用學者黃(2021)、盧等(2021)及 Ertem & Duman (2019)文獻提及，透過引導個案瞭解藥物作用及服藥目的，教導分辨服藥前後的差異，讓個案了解服藥對病情控制的幫助，提升個案其服藥意願；並透過 Favrod 等(2019)學者文獻提及，運用生活討論會、團體活動，及病友支持，引導增進人際互動，增加自信心，改善了社交互動障礙問題。藉由透過提供職業功能訓練，安排擔任指導角色，強化自我責任及自主權，訂定工作目標，增加成就感，提升個案復原力，與學者 Chiang 等(2019)所提相符。

此次照護過程中，因病房藥典及相關參考書籍過於老舊，需護理師至本院圖書室借閱，但因藥典字偏多，少圖解，因此個案對查閱書籍意願偏低為照護上的困難。因此，護理師透過網路搜尋相關藥品仿單及圖片，與個案一起將自己服用的藥物繪畫成圖冊，提供個案可隨時翻閱。建議日後病房可將單位常見藥物圖像及藥物作用說明製作成冊，以提供日間照護病房病人閱讀便利性，進而提升對藥物認知及服藥意願。個案結束日間照護後，安排 7 日後回門診追蹤，後續若能規律服藥，可改為每 14 天固定返診。而從此次照護中，看見個案持續接受日間照護的進步，深感個別性照護對病人的重要性，臨床不僅要瞭解精神行為背後的意義，也需在每一個細節做引導及改善，給予最適當的措施，讓病人願意主動服藥，護理扮演重要角色。

## 參考資料

吳皇進、張佩琳、蔡瑞貞、林雨君、陳瑞(2022)•運用多元策略提升精神科日照中心個案完全自主服藥率•*新臺北護理期刊*，24(2)，83-95。 [https://doi.org/10.6540/NTJN.202209\\_24\(2\).0008](https://doi.org/10.6540/NTJN.202209_24(2).0008)

翁靖惠、陳玟伶(2020)•提升一位慢性思覺失調症病人復原力之護理經驗•*護理雜誌*，67(1)，113-119。  
[https://doi.org/10.6224/JN.202002\\_67\(1\).14](https://doi.org/10.6224/JN.202002_67(1).14)

黃宣宜(2021)•思覺失調症類群及其他精神病症之護理•*最新精神科護理學(十版)*，131，13-30。

衛生福利部統計處(2022，12月12日)•2021年全民健康保險醫療統計年報。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5103-113.html>

盧淑敏、張秀如(2021)•慢性思覺失調症患者生活品質的因素•*新臺北護理期刊*，23(1)，20-32。  
[https://doi.org/10.6540/NTJN.202103\\_23\(1\).0003](https://doi.org/10.6540/NTJN.202103_23(1).0003)

Chiang, M., Reid-Varley, W. B., & Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*, 275, 129-136.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>

Ertem, M. Y., & Duman, Z. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with Schizophrenia: a randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1),

75-86. <https://doi.org/10.1111/ppc.12301>

Favrod, J., Nguyen, A., Tronche, A. M., Blanc, O., Dubreucq, J., Chereau-Boudet, I., Capdevielle, D., & Llorca, P. M. (2019). Impact of positive emotion regulation training on negative symptoms and social functioning in Schizophrenia: a field test. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 532. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00532>

Gunjahalli, B., & Chougule, P. (2020). Perception of burden by caregivers of patients with Schizophrenia in relation to symptom profile. *Annals of Indian Psychiatry*, 3(2), 116-123. [https://doi.org/10.4103/aip.aip\\_14\\_19](https://doi.org/10.4103/aip.aip_14_19)

Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Chao, C. Y., Chang, C. C., & Chang, H. A. (2020). Modulation of self-appraisal of illness, medication adherence, life quality and autonomic functioning by transcranial direct current stimulation in Schizophrenia patients. *Clinical Neurophysiology*, 131(8), 1997-2007. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.02.029>

Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>