

應用行為修正方法於精神分裂症之護理經驗

邱鈴綺

1. 前言

關於精神分裂症的終身盛行率會由於各研究採用的診斷標準不一而異，在美國的研究結果為 1.0% 至 1.5%，在台灣的研究結果則為 0.23% 到 0.30%。男女罹患比例相當接近，但女性初次發病年齡在 25 到 35 歲間，比男性的 15 到 25 歲較晚，女性患者的預後可能較男性佳。陳俊欽 (2002) 指出精神病人在病情較穩定後，仍有不少病人會殘留一些症狀，如無法獨立照顧自己、無人生目標、無工作動機、像牽牛般的依賴家人、又有不合理的要求、讓長期一起生活的家人有著揮之不去的重擔。因此護理人員在健康照顧的專業領域中，扮演著極為重要的角色，需要對病人予完整性、個別性、持續性的護理評估、分析、歸納整理，運用各種不同的角色及功能，共同討論了解問題、共同發現問題的本質、共同訂定健康目標，進而一起朝向解決問題的方向努力。本個案的家屬因長期面對個案出現強迫行為如一天洗十幾次澡、夜眠差、喜歡半夜到馬路上到處走、破壞等行為，嚴重的影響家人的生活，且家人以燃起放棄長期照顧個案的意願。進而引發筆者想深入探討個案此種行為表現之真正原因，藉由精神科醫療團隊的介入，提供適切的護理活動及改善個案整體性的健康問題。期望透過此護理經驗與分享，能提供臨床護理人員日後照護此類個案之參考。

2. 文獻查證

2.1 精神分裂症

依精神疾病診斷準則手冊第四版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV) 的解釋：精神分裂症正性的症狀包含妄想、幻覺、解構的語言 (如答非所問或語無倫次)、混亂或緊張的行為；負向症狀包含情感表現平板、貧語症或無動機等，且相當高比率的時間出現工作、人際關係或自我照顧等一種或多種以上的功能障礙 (孔繁鍾、孔繁錦, 2004)。

精神分裂症對人的影響很大，它會造成病患思

考、知覺、情感、行為等多方面的廣泛障礙，而且病程通常呈慢性化。慢性精神病人通常有下列特徵：日常生活功能障礙、無法維持良好的人際關係、缺乏應對資源、缺乏達到成功的動機、自尊心低落及需長期治療。1985 年 Liberman 等人指出慢性精神分裂症最有效的治療能是精神藥物治療合併心理社會治療的綜合治療法，而其中一種有效的心理社會治療是行為修正。

2.2 行為修正方法

人類一切所作所為只要可以觀察到的、可以記錄到的行為皆可實施行為修正。指出行為修正著重學習理論及行為制約的原則，不強調分析行為背後的潛在原因，企圖改變不適當的行為並建立合宜的行為。行為修正的原則雖多，治療者需針對病患的問題行為選擇應用，常見的原則如下：

2.2.1 增強原則 (Reinforcement)

針對某些行為問題者，促使其在意後果而改變此行為出現的頻率，及是增強的意義，可以藉著提供病患喜歡的增強物 (正增強) 或移走令病患反感的增強物 (負增強) 使其好行為增加。增強物又分初級增強物 (如食品或用品) 及次級增強物 (如代幣、讚美)。依提供的方法又分：連續性增強：行為改變初期為佳；及間歇性增強：適用於病患行為漸有起色時使用。

2.2.2 處罰原則 (Punishment)

將產生不受歡迎行為的正增強物予以除去，使該不受歡迎行為的強度或出現次數減少的程序稱為消弱。如禁煙時間要煙者需念出禁煙時間規定一次，既可達到處罰原則，又可增加對院規的了解。

2.2.3 代幣原則 (Token Economy)

是一種類化的制約增強物。例如一張蓋了章的卡片，本來不具增強力，但因可用以換取所喜歡的東西或活動，它就成為類化的制約增強物。如果更換的報酬不明確或不能稱為代幣 (羅佳, 2000)。選用代幣的注意事項：能吸引人、輕巧耐用、方便立即給予、不易被複製等。

2.2.4 逐步養成 (Shaping)

將想塑造的好行為分為幾種小步驟，起出每完成一小步驟給於正增強，漸漸需完成全部的步驟，才可以得到正增強。

綜合以上的方法，對於不適當的行為的精神病患，可以施行行為修正來改善其不恰當的行為。

3. 護理過程

3.1 個案簡介

個案女性 34 歲、已婚、高職畢業、無業，現住慢性病房，診斷為精神分裂病，護理期間為 2005 年 11 月 10 日至 2006 年 03 月 25 日。

3.1.1 發展史

足月順產，自小個性乖巧，小學成績差，高職畢業後只做過半年的美髮學徒，因工作時經常和老闆吵架鬧事，故無法持續工作。

3.1.2 家庭史

個案為家中大女兒，下有兩位妹妹。結婚後因丈夫工作不穩定及個案病情無法照顧自己，故與娘家同住，據案母所提供的資料：家庭成員無精神病史，個案足月順產，自小個性乖巧，小學成績差，平時不與鄰居朋友往來，性格沉悶少言，對鄰居家人曾出現暴力行為。

3.1.3 疾病史

個案自 20 歲罹患精神疾病，先後曾至多家醫院門診及就醫治療，其中住院期間曾請假離院後不願意再返院而尚未繼續接受治療。因長期在家未就業，易與人起爭執、暴力、言語挑釁，及四處至店家或鄰居跟他人要東西，至某醫院住院治療，因不願意再返院而尚未繼續接受治療，造成症狀加重，其家屬及鄰居皆不堪其擾而強制送個案來醫院急診住院治療。

3.2 護理評估

於 2005 年 11 月 10 日進行整體性護理評估，結果見表 1：

表 1 個案的整體性護理評估表

身體層面	個案身高 165 公分，體重 70 公斤，身材肥胖腹部為突出，表情平淡，大部分時間低頭於走廊來回走動，很少與他人交談及眼神接觸，肢體動作緩慢。經常晚上睡覺時都會一直作惡夢，都睡不好。去其他病房翻箱倒櫃，拿取他人物品，睡前需助眠劑(Stilnox 1#)才可入睡，平均夜眠 9 小時，排泄正常。無內外科疾病及開刀史。
情緒層面	個案情緒不穩定，對於情感不易以口語表達，對於周遭人、事、物缺乏興趣，只對出院有興趣，常問「我什麼時候可以出院」。因偷拿他人物品被病友指責或工作人員詢問，便會出現口語的攻擊或挑釁及不愉快的反應。
智能層面	1. 思考、知覺 個案思考過程鬆散、貧乏，否認有任何妄想、幻視、幻聽等症狀。經會談及臨床觀察曾發現患者對著鏡子說話，但未發現有明顯的阳性症狀。 2. 溝通方面 個案多話，言談中容易跳題，因思考貧乏，對於問話一會說有，一會說沒有，言詞反覆，需不斷澄清及引導方能稍微明白其意思，但每天多次皆會找筆者訴：「這東西不是偷的，是那個病友要給我的」、「那東西不是我偷的」、「我什麼時候可以出院」。 3. 一般智能 簡單的計算能力 $100-7=93$，$93-7=?$ 無法在繼續算下去，逆向注意力缺損、專注力差，簡單的一般常識如台灣現任的總統是誰可正確回答，抽象思考顯較差。 4. 壓力因應模式 個案遇壓力及挫折時多採取否認及逃避方式，或以抽煙來發洩情緒，曾表示遇壓力只要抽煙就會很舒服。
社會層面	1. 人際關係 個案病前內向乖巧，和同學互動良好，發病後不曾和朋友聯絡，皆獨來獨往。住院中如遇未滿足的事情即會大叫護士：「○○護士我要……」，於醫院中和其他病友除了向他們要物品外其餘沒有互動。 2. 職能治療活動 若未提醒，病患不會主動參與職能治療活動，團體持續力差，約參加 20 分鐘便會自動離開團體，鼓勵再回去團體，順從性低，會出現「不要啦！我覺得很無聊」、「我要去睡覺了」。 3. 經濟狀況 目前外在支援少，只靠妹妹工作維持生計，生活上可維持。
靈性層面	1. 信仰 「我沒有特別的信奉宗教，不過每當遇到什麼困難時或有什麼想祈求時都會到家附近的廟拜拜保平安」、「媽媽都會到廟求平安符給我，她說這樣身體才會健康，健康後就能出院了」、「個案信仰民間宗教，手腕帶有佛珠兩串，認為要做善事，神明就會保」 2. 人生觀 認為精神病給人的感覺就是「瘋子」，擔心他人會用異樣的眼神看自己。

綜合以上評估，個案拿取他人物品的行為嚴重影響其人際關係，並造成他人的困擾，故特此描述破壞病房規定的行為如下：

3.2.1 影響他人的行為：個案見病友擁有自己喜歡的物品便會多次的慫恿病友將物品給她，以達到目的為目標。

3.2.2 偷拿他人物品：未經病友同意偷進入房中拿取物品，如：衣服、裙子、褲子等日常用品。故每天有多位病友來向護理人員抱怨，但所有犯錯的行為即使當場發現，個案一概回答「我沒有拿」、「這是她要給我的」、「因為我沒有衣服穿啊！」。

3.3 護理診斷

綜合以上護理評估，確立個案主要問題為「個人因應人力失調——拿取他人物品之行為」。導因為：

3.3.1 缺少被肯定、良好的學習對象及成功解決問題的經驗。

3.3.2 疾病慢性化，導致智力下降，對病房規定記不清楚。

3.4 護理目標、措施與評估

3.4.1 護理目標

個案能於2005年11月、12月、2006年1月、2月、3月分別完成下列目標：

2005 年 12 月	1. 個案可正確說出全部醫療團隊的稱謂。 2. 每天一次抽問個案遵守病規的好處。
2006 年 01 月	1. 個案能背出病房規定。 2. 個案能將不當行為減少至每月少於 20 次。
2006 年 03 月	1. 個案能將違規次數一個月少於 10 次。 2. 能說出拿取他人物品的壞處。 3. 能說出遵守病規的好處。 4. 個案犯錯能承認。

3.4.2 護理措施

1) 建立信賴關係與定力契約及規則

a. 於2005年11月10日～12月31日期間，介紹醫療團隊成員（包括醫師、主護護士、職能治療人員、心理師、書記、生活輔導員、志工等人員）讓個案認識，重複的告知，並讓個案說初期成員的稱謂，對於不懂則重新介紹，直到個案認識，以建立良好的治療性關係。

b. 適時的陪伴傾聽鼓勵個案說出其感受，避免中斷並以同理心對待及支持。

c. 減少拿他人物品的慾望：(1)安排適合個案的活動、鼓勵閱讀或參與職能治療活動等。(2)針對此問題再度發生時，要求個案寫下當時的心情與想法

為何？在與個案做細節的討論。

d. 尋求家人的協助：聯絡其家屬協助攜帶個案的生活必需物品來院。

e. 嘗試改變行為：(1)幫助個案克制想偷拿他人物品或慫恿並有將物品給他的衝動；(2)預防易導致想拿取他人物品的情形出現的頻率；(3)要求患者多參予可以引起愉快且有興趣的活動，以減少不當的行為。有這樣的規劃，當個案有這樣的想法出現時，就可以取而代之。

f. 定訂契約：所有醫療團隊皆須明白契約內容，讓個案無鑽漏洞的機會，若契約內容有需要更改也須與個案討論。

g. 製作標語並張貼：將個案容易犯錯的事物或要提醒個案的事或行為契約內容張貼於床頭及置物櫃門上。

h. 不定期的檢查其身上和房中的物品。

2) 認知教導與因應修正

a. 教導個案導致錯誤的行為的因應方法，並以角色扮演實地演練如下（衛教次數的多寡與犯錯的次數成正比）：

●錯誤的行為修正法：於活動期間病友不在房中，不可進去偷拿他人的物品，如有此念頭舉起雙手左右搖晃，提醒自己不可以這樣做。

●錯誤行為轉移注意力法：當有職能治療活動時多去參與，而平日可看書、聽音樂、跳舞、踩腳踏車等，以利轉移注意力。

b. 教導拿取他人物品的害處：人際關係變差、造成他人的困擾。

3) 運用增強原則

a. 發現個案最喜歡外出及外宿。

b. 運用正向增強原則，於個案未出現此行為給予次級增強物（如口頭讚美、豎起大拇指稱讚個案等），其頻率初期採連續增強，當行為逐漸改善時，採間歇性增強。

c. 與個案家屬及個案共同定立契約規則：如個案連續七日未出現此行為問題，主護便會主動聯絡家屬來帶外出一小時。

4) 運用處罰原則

a. 要有愛心、耐心且反覆不斷的給於正確的引導。

b. 明確訂立並執行處罰原則：如違反規定拿取他人物品，則罰寫病規10次，又可增加對院規的了解，並且向需向病友認錯。

3.4.3 持續的護理與追蹤

1) 持續評估個案為何無法達到目標，不斷的修正適

合個案能改善其不當行為的方法，若個案的行為真的無法改善時，再與團隊一起討論如何讓個案成功的方法。

2) 由醫院成功的經驗，設計個案的生活作息，並徵求家屬協助帶外出。設計每天念出病房規定一次，及早晚皆要參加職能治療活動。

3) 與個案家屬及個案共同定立契約規則：如個案連續七日未出現此行為問題，主護便會主動聯絡家屬來帶外出一小時。

3.4.4 評值

1) 於 2005 年 12 月 25 日時，個案可正確說出全部醫療團隊的稱謂。

2) 拿取他人物品的次數逐漸減少，改善情形如下：

時間 (月)	2005 年		2006 年		
	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
次數	30	22	15	9	4

3) 個案於 2005 年 12 月 21 日～12 月 31 日止，每天一次抽問個案遵守病規的好處，個案表示：「比較不會引起病友的不悅，人際關係不會變差，這是好行為。」

4) 個案於 2006 年 1 月 15 日開始，已能背出病房規定。

5) 個案於 2006 年 3 月總評結果：

●個案在醫院中的好行為如下：違規次數一個月少於 10 次、能說出拿取他人物品的壞處、能說出遵

守病規的好處、犯錯會承認。

●五個月來藉由行為修正個案的不當行為，其有明顯的改善，尤其對病規倒背如流。

5. 結論

在護理過程中，先與個案建立好的治療性互動關係，再運用行為修正方法，提升個案適應本院的規定，改善許多不適當行為，並藉個案於醫院中較成功的經驗，與家屬訂定修正行為契約。且藉由不斷的肯定及支持，並用愛心說誠實話清楚的指出個案的不當行為，個案願意接受指導，期間個案以正向的鼓勵為前提，負向的處罰為輔，讓病患得到其最想要的肯定。

參考文獻

- 孔繁鍾、孔繁錦 (2004). *DSM- VI 精神疾病診斷準則手冊*. 台北: 合計.
- 羅佳 (2000). 行為治療. *諮商與輔導*, 181, 21-22.
- 陳俊欽 (2002). 21 世紀: 認識精神分裂症. *健康世界*, 202, 20-26.