

運用社交技巧訓練於情感思覺失調症患者之護理經驗

鄭宇哲¹、石芬芬^{2*}

¹ 國立成功大學醫學院附設醫院護理師 ² 中山醫學大學護理系講師

摘要：

本文主要運用社交技巧訓練改善一位因長期受幻聽、被害妄想等精神症狀干擾，導致人際社交互動障礙病人之護理經驗。護理期間為2018年7月31日至2018年8月22日，筆者藉由身體、心理、智能、社會與靈性之整體性評估，確立個案之睡眠型態混亂、社交互動障礙與思考過程紊亂三項護理問題。運用治療性人際關係與溝通技巧，分析睡眠紊亂導因規劃睡眠時間與規律作息以改善失眠，同時協助個案區分妄想與現實，當個案出現合乎現實想法時給予適時正向增強，減少其被害妄想症狀干擾，再以講解、示範、角色扮演、回饋、實況演練原則，設計具個別性之社交訓練流程，循序改善個案合宜的人際互動技巧並獲得成功的互動經驗，進而改善因疾病引發的社交退縮，達到症狀緩解之目的。見證因疾病引發的社交缺失透過訓練計劃可獲得改善，期盼此護理經驗能提供臨床照護實務之參考。

關鍵詞：社交技巧訓練、社交互動障礙、情感思覺失調症

前言

情感思覺失調症的病徵包含扭曲現實的思考歷程外，又兼併「亢奮激躁或憂鬱」之情緒發作，且相關症狀易慢性化，約 25%~50% 患者呈現幻聽或妄想殘留(馬、劉，2018)，使其難以與人溝通，又負性症狀導致淡漠與退縮，易造成人際互動困難(羅、李、葉，2011)，Kapse 與 Nirmala(2015)指出約 66.7% 的患者有嚴重的談話技巧損傷，且大多數患者具有社交功能障礙，而林、溫、姜、薛(2010)指出患者在出院後一個內再入院率約 65.8%，顯示出思覺失調症造成患者難以適應社會而無法回歸社區。病歷記載個案獨居且多次發病住院，推測可能因病程影響、反覆入院及缺乏適當的人際互動技巧導致下意識躲避人群。照護期間發現工作人員或病友與其攀談時，患者呈現低頭自語、被害妄想、不安眼神及表情淡漠...等症狀，故引發筆者透過社交技巧訓練改善與他人互動行為暨和善的人際關係，以協助其出院後能具備較好的社會適應能力。

文獻查證

一、精神症狀對人際互動之影響與相關照護

依照 DSM-5 的診斷標準，情感思覺失調症的病徵除了符合思覺失調症準則 A(呈現正、負性症狀)外，同時發生一次情緒障礙症發作(a major mood episode，躁或鬱症)，且症狀出現在整個病程之活躍期與殘餘期的大半部分(台灣精神醫學會，2014)。而 Bellack、Mueser、Gingerich 與 Agresta(2004)亦指出正性病癥經常促使患者與他人互動時常偏執其特異性想法，致難與他人良性互動，同時強調疾病與社交互動障礙存在連動性關係，即使以藥物治療其副作用也會使患者困難與他人尋常地互動；況且情感思覺失調症患者相較於思覺失調症患者有更嚴重的情緒症狀

及思覺失調正性病癥，如患者因幻聽或妄想干擾導致與他人衝突(Mancuso et al., 2015)，再者 Fusar-Poli 等人(2015)提出負性病癥中「淡漠」亦經常使患者喪失生活動機及表達功能受損，進而造成社交互動功能障礙(吳、謝、歐陽、李，2014)；因此，臨床照護除症狀護理--(1)引導談論妄想及幻聽，以確認內容及型態；(2)鼓勵患者從事看電視、聽音樂及參加活動，以分散對於妄想或幻聽的注意力；(3)運用澄清技巧協助區分妄想、幻聽與現實之差異；(4)當出現合乎現實想法立即給予肯定，並鼓勵患者繼續保持；(5)協助患者多參加社交活動，藉此獲得情感支持外，務須以同理心且不批判的態度與患者建立治療性人際關係，待症狀穩定後輔以社交互動技巧訓練(陳、林、陸、周，2007；王、陳、賴，2015)。

二、睡眠型態紊亂對人際互動之影響與護理

Simon 與 Walker(2018)指出睡眠型態紊亂或睡眠不足容易導致患者社交退縮，自然無法與其他人保持正常的社交行為，且團體中其他成員也不想親近患者，因而造成社交互動障礙。護理人員應協助找出導致患者失眠的真正導因，方能提供具個別性的護理措施，並搭配藥物改善其失眠情形。是故，國內、外學者主張臨床處置應包括：(1)紀錄患者正常睡眠型態，確認其睡眠型態改變，並評估造成失眠的原因；(2)教導睡前運用腹式呼吸及靜坐等簡易放鬆技巧以誘導睡眠；(3)避免夜間查房時發出噪音，並減少光線或噪音干擾夜眠；(4)協助培養正確的睡眠習慣，限制過多的白天躺床，增加活動參與量進而改善夜間睡眠品質(王、王，2010；Herrmann, & Flick, 2012；Machado, Souza, Poveda, & Costa, 2017)。

三、社交技巧訓練之臨床應用

社交技巧訓練(social skill training)係改善思覺失調症患者社交互動障礙之常用策略，Kapse 與 Nirmala(2015)研究顯示患者接受訓練後可確實加強社交能力，且回歸社區後兩年內仍可保有良好社交技巧、社會適應力較未接受訓練患者高，且復發或再次

接受刊登：108 年 10 月 31 日

*通訊作者：石芬芬

機構：中山醫學大學護理系

通訊地址：台中市南區 40201 建國北路一段 110 號

聯絡電話：+886-4-24730022 轉 12356, 0956080385

E-mail：ritaiack1107@gmail.com；grace@csmu.edu.tw

入院率也明顯降低。Bellack 等人(2004)採循序漸進與行為增強之訓練步驟：如(1)確立問題並擬訂行為改善目標；(2)講解並示範社交技巧；(3)角色扮演後給予回饋；(4)實況演練；(5)反覆練習等已獲得正向結果。另有多篇研究結果亦支持患者接受訓練後可自主學習社交技巧、強化情緒表達能力、增加與他人互動頻率、且出院後可保留所學改善原本退縮情況，暨降低患者再入院率(何、陳、陳，2017；李、林，2009；Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006；Calafel, Maldonado, Sabate, & Giraldez, 2014；Granholm, & Harvey, 2018)。

基於統整上述文獻後釐清患者參與的社交活動不足或不適當造成社交互動障礙問題，針對精神症狀干擾提供護理措施外，再藉由社交技巧訓練學習合宜人際互動技巧，期待患者能反覆練習適應行為並內化於日常生活中。

護理過程

一、個案基本資料:

林女士，66歲，診斷為情感思覺失調症(Schizoaffective Disorder)，國小畢業，與丈夫分居多年；原在北部經營服飾店因反覆住院早已歇業，目前獨居於台中，主要照顧者為大女兒。

二、過去病史:

(一)內科史：

患者罹患高血脂 10 年，入院前未規則服藥控制。

(二)精神科史：

患者個性強勢，人際關係不佳，43歲時被朋友欺騙欠債 4000 萬，因而出現情緒起伏大、聽幻覺、被害妄想干擾、服藥遵從性差、失眠、自傷及自殺意念於北部反覆住院治療，60歲時女兒說服搬到台中

就近照顧，分別於 2015 年及 2016 年在中部某醫學中心接受住院治療。

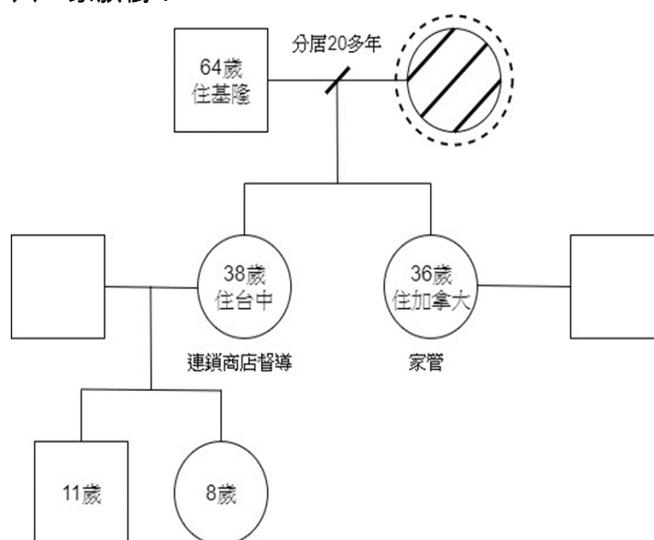
三、現在病史:

於 2018 年 6 月 6 日再度復發因幻聽與被害妄想干擾與房東發生口角衝突(認為房東欲向她討債想傷害他而大聲吼叫)，被送至台中某醫學中心身心科急性病房治療，惟住院期間因女兒不同意出院而呈現暴力行為，且覺得醫護人員都想害他，遂於 7 月 27 日轉院至本院繼續治療。

四、健康史：不抽菸、不喝酒、不嚼食檳榔。

五、藥物過敏史：無。

六、家族樹：



七、生長發展史：

根據艾瑞克森之心理社會發展階段理論，患者初次發病於成年中期，造成親密關係與生產層面發展停滯，導致其對人際漠不關心、缺乏正向生活動機，出現社交疏離情形。

護理評估

護理期間自 2018 年 7 月 31 日至 2018 年 8 月 22 日。筆者運用觀察及會談等方式收集資料進行整體層面護理評估。

生理層面

一般外觀	7/27 身高 142 公分、體重 45 公斤，BMI：21.9kg/m ² ，個人衛生、服飾搭配及肢體動作皆屬正常範圍。
意識	意識清楚，對環境的警覺度高。
氧合	8/3 出現咳嗽情形且痰液增加，予 Actein 200mg/pkg 1ag TID PO 服用兩週後，8/17 評估痰液減少且咳嗽情形改善。
營養	8/6 主訴：「我不挑食，住院前胃口很好，但住院後胃口都不好」。8/7 主訴：「早餐都太晚吃了，所以午餐大概 3 點才吃得下，而且都吃難吃的剝碎餐，讓我不想吃」。個案已裝置全口假牙，由於三餐進食未按時且挑食，致熱量(每日所需 1215 大卡)與營養素攝取不足，8/7 測量體重為 43 公斤較入院時減少 2Kg，故 8/9 協助個案更換軟質餐並衛教至活動室用餐，8/14 觀察個案可進食 2/3 餐盒，達每日所需熱量，且營養素攝取足夠。
睡眠	入院前夜眠可達 7 小時，入院初期睡眠型態正常，夜眠可達 6 小時以上，8/6 主訴：「我睡覺時如果被吵醒就不能繼續睡」。8/8 主訴：「白天都在睡覺讓我晚上睡不著」。8/6 觀察個案夜眠於半夜 3 點中斷後就無法續入睡，8/6-8/8 夜眠時數未達 5 小時，淺眠且睡眠品質不佳，8/8 觀察個案白天精神倦累，常打哈欠且黑眼圈存，多於病室躺床時間長達 6 小時，評估患者因幻聽及偏執意念(晚上失眠白天必需補眠)，致其白天多躺床，而造成睡眠型態紊亂； 此層面呈現睡眠型態紊亂 / 與疾病正性病癥有關。
排泄	入院前排泄情形正常，頻率一天一次呈褐色成形便，8/2 主訴腹脹，叩診腹部有腹脹情形，8/6 予 Mag Oxide 250mg/tab 1tab BID PO 後，8/13 評估已改善。
自我照顧及活動	外觀乾淨，自我照顧能力佳，步態緩慢且平穩。
生命徵象及檢驗	體溫、呼吸與血壓皆正常，8/3 主訴心跳快，檢查結果為竇性心律與血鉀過低(2.7mg/dL)，予 Inderal 10mg/tab 1tab BID PO 及 Radi-K 595mg/tab 1tab QID PO，8/6-8/10 心跳維持 77-105 次/分，8/13 血鉀為 4.7 mg/dL，評估已改善。
心理層面	
患者入院前曾出現傷人意念，故入院後開立「防止暴力行為」醫囑，每 15 分鐘密切觀察，7/30 予 Flupine 0.25mg/tab 1tab BID PO，8/1 主訴：「剛住院的時候，每天心情都很不好。」，曾以老人憂鬱量表(GDS-15)評估其對生活的滿意度，分數為 9 分，屬中度情緒困擾，觀察個案多待於病室以躲避病友及新環境，8/6 予 Mysyrel 50mg/tab 1tab HS PO，8/13 主訴：「現在心情有好多了」。當護理師澄清其被害妄想內容語感受時，患者談及過去欠債的生活事件時，情緒平穩未顯憂鬱，且後續照護期間評估其心情亦未再呈現自殺及傷人意念等負向反應，故於 8/16 解除。推估患者因日漸熟悉病房環境與藥物作用而改善低落情緒。另一方面開心地表達對小孩的管教開明，也因女兒表現感到驕傲，評估其情緒表達與談話內容相符且無不當的情感表達與波動。	

智能層面		
知覺與思考	由過去病史顯示患者長期受幻聽及被害妄想干擾，本次雖因妄想攻擊女兒轉院續治療，惟筆者照護期間服藥遵從性可且未再呈現妄想情形；8/3 個案呈現幻聽拒絕服藥情形，主訴：「有人跟我說藥裡面有嗎啡，要我快點吃，但我不想吃嗎啡」。8/6 個案急切收拾行李與整裝，當工作人員予澄清幻聽時，情緒由開心轉變為生氣，中斷對話，怒視並語氣強烈咒罵工作人員：「醫師說我等一下就可以出院了，我要去處理房子的事情、女兒會來載我、你們很可惡，快點走開不要攔我」。評估患者因幻聽及偏執意念呈現惡言相向，導致社交互動缺失；此層面呈現社交互動障礙 / 與疾病正性病癥--聽幻覺與偏執意念有關。	
認知功能	判斷力與常識	詢問相關問題處理事宜皆回答正確，評估正常。
	定向力	除日期與病房樓層外，其他均回答正確，評估正常。
	記憶力與專注力	立即記憶正常，短期記憶忘記復誦的三項物品其中之一，評估除短期記憶須提醒外，長期記憶正常並能依照指令做出正確動作。
	計算與抽象思考能力	詢問四則運算及諺語意涵皆回答正確，評估為正常。
病識感	8/6 主訴：「以前常聽到有人在耳邊講話，現在知道是幻聽，接受治療後就沒出現了。」8/10 主訴：「我是因為憂鬱症導致心情差又睡不著才住院。」評估患者知道自己有幻聽要接受治療，但不清楚住院原因，評估具部分病識感。	
社會層面		
自我概念	8/7 主訴：「我是正向的人，會盡量正面思考，但比較內向，不喜歡主動認識朋友。」觀察患者可敘述自己的個人特質，自我概念良好。	
角色功能	轉院前曾對女兒出現暴力行為，入本院後情緒穩定可表達對女兒關心言詞，會客時間與女兒相處融洽，亦可配合服藥，評估母親及病人角色功能正常。	
人際關係	8/3 觀察患者與人談話時，總是避免與病友眼神接觸，且言詞猶豫簡短，經常以「喔」回應他人，導致談話過程很快結束。8/6 患者怒視以強硬的語氣表達不滿，堅持自己可以出院並拒絕參加職能治療活動。8/7 主訴：「我比較內向，不喜歡主動認識人，也會避免跟別人聊天，怕打擾到人家」。8/7 觀察白天與其他病友互動次數少於 3 次且態度防備；此層面呈現社交互動障礙 / 與疾病負性病癥--缺乏興趣與無動機有關。	
支持系統	家庭方面，多年前與丈夫分居後，主要由大女兒為主要照顧者，但個案堅持不給女兒添麻煩，故目前獨居，女兒主要給予經濟方面支持，也常帶孫子與個案團聚，對於個案的妄想及暴力行為，女兒可體諒母親，並協助個案就醫；環境方面，常在家附近公園散步，住院前常去身心科日間病房參加職能治療活動，可按時服藥及前往回診，評估支持系統方面正常。	
靈性層面		
表示人生觀為想對社會有貢獻。無特殊信仰，僅路過廟宇會去拜拜，住院期間無膜拜行為發生。在自我超越感及自我實現感部分，個案因疾病而不滿意住院不自由的生活，期盼能快點治療好，出院後開服飾店，並且使用自己的資源多幫助社會弱勢。		

健康問題確立

透過整體性護理評估的結果，確立個案主要護理問題有：

- 1、睡眠型態紊亂/與疾病正性病癥有關(8/8-8/22)。
- 2、社交互動障礙/與疾病負性病癥--缺乏興趣與無動機有關(8/6-8/22)。
- 3、社交互動障礙/與疾病正性病癥--聽幻覺及偏執意念有關(8/7-8/22)。

護理計畫

1、睡眠型態紊亂 / 與疾病正性病癥有關(8/8-8/22)

主客觀因素
<p>S1. 8/6 主訴：「我睡覺時如果被吵醒就不能繼續睡」。</p> <p>S2. 8/8 主訴：「白天都在睡覺讓我晚上睡不著」。</p> <p>O1. 8/6 觀察患者拒絕與他人互動及參加職能治療活動。</p> <p>O2. 8/6 觀察患者夜眠於半夜 3 點中斷後就無法續入睡。</p> <p>O3. 8/6-8/8 夜眠時數未達 5 小時，淺眠且睡眠品質不佳。</p> <p>O4. 8/8 患者白天精神倦累，常打哈欠且黑眼圈存，多於病室躺床時間長達 6 小時。</p>
護理目標
<p>1. 8/13 患者可說出兩種並執行睡眠時段調整方法。</p> <p>2. 8/20 患者可縮短白天午睡時間至 2 小時以下。</p> <p>3. 8/22 患者夜眠持續 6 小時不中斷。</p>
護理措施
<p>1-1. 8/8 定時探視，主動關心患者夜眠情形，同理其失眠感受。</p> <p>1-2. 8/9 引導患者說出影響睡眠的原因並衛教縮短午休時間、進食晚餐 30 分後再快走或下肢運動與睡前喝溫牛奶及沐浴等改善方法。</p> <p>1-3. 8/9 教導睡前練習 10 分鐘腹式呼吸及 10 分鐘上/下肢躺臥式肌肉放鬆技巧。</p> <p>2-1. 8/13 詢問患者的興趣喜好，並提供病房棋藝設施，且藉由正向增強鼓勵參與上/下午職能治療，或設計個別活動如美勞與禪繞畫，以減少白天躺床頻率與時間。</p> <p>2-2. 8/13 請鄰床病友邀請患者，結伴參加病房活動或職能治療。</p> <p>2-3. 8/15 職能治療時間外安排鄰床病友上/下午與患者互動如聊天或畫圖各 20 分鐘，降低白天躺床機會。</p> <p>2-4. 8/16 與患者討論其美勞作品或分享活動參與心情，給予正向回饋以增加個案興趣與自信心。</p> <p>3-1. 夜間採集中護理並營造夜眠環境，並依醫囑延後半小時予睡前口服藥 Mysyrel 50mg/tab 2.5#、Modipanol 1mg/tab 4#。</p>
護理評值
<p>1. 8/10 患者可說出促進睡眠的方式：「睡前多用肚子呼吸、白天盡量不要睡覺。」，並於 8/12 午覺前被動執行腹式呼吸與躺臥式肢體放鬆各 5 分鐘。</p> <p>2. 8/13 白班躺床時間減少為 3-4 小時；8/22 患者午睡時間少於 1.5 小時。</p> <p>3. 患者於 8/18-8/20 夜眠皆超過 6 小時且無中斷。</p>

2、 社交互動障礙 / 與疾病正性病癥--聽幻覺及偏執意念有關(8/7-8/22)

主客觀因素
<p>S1. 8/3 主訴：「有人跟我說藥裡面有嗎啡，要我快點吃，但我不想吃嗎啡。」</p> <p>S2. 8/6 主訴：「醫師說我等一下就可以出院了，我要去處理房子的事情，女兒會來載我，你們很可惡，快點走開不要攔我。」</p> <p>O1. 8/3 患者經常受幻聽干擾，呈現眼神敵視且雙手揮擺拒絕服藥。</p> <p>O2. 8/6 患者急切收拾行李與整裝，當工作人員予澄清幻聽時，情緒由開心轉變為生氣，中斷對話，怒視並語氣強烈咒罵工作人員。</p>
護理目標
<p>1. 8/17 患者可藉活動參與減少幻聽干擾 10 次以下/天。</p> <p>2. 8/20 患者可分辨幻聽與現實的差異。</p> <p>3. 8/22 患者能學習與他人適宜的互動模式，不受幻聽及偏執意念影響。</p>
護理措施
<p>1-1. 8/6 與患者建立良好護病關係，並約定每天有 20-30 分鐘會談時間。</p> <p>1-2. 8/7-8/9 同理患者感受，給予時間引導其談論幻聽內容，採尊重態度傾聽其害怕的感受。</p> <p>1-3. 8/10 引導個別性美勞與禪繞畫活動，以轉移幻聽干擾頻率。</p> <p>1-4. 8/10 由晤談中教導與他人互動之眼神與言辭交流之適切性。</p> <p>2-1. 8/11 善用治療性溝通如接受、提出觀察及呈現事實技巧，不與患者爭辯幻聽真實性。(i)澄清由護理師給藥，說明藥物種類與作用，不會混雜非醫囑藥物。(ii)由醫師說明繼續住院治療之必要性，並請女兒到院會客當面交代房子處理事宜。</p> <p>2-2. 8/12 漸進式引導患者區辨幻聽及實際的差異，同時善用臨床病友回饋以強調現實情境，並解答其疑惑。</p> <p>2-3. 8/14 當患者可區辨幻聽及實際的差異時，採口頭鼓勵正向增強技巧。</p> <p>3-1. 8/16 教導合宜的互動技巧如表情、肢體手勢、言談及聲量...等，且能區辨幻聽真實性並可主動與病友打招呼，以增加人際現實感。</p> <p>3-2. 說明給藥目的並依醫囑給予 Abilify 5mg/tab 1# QD 及 Zyprexa Zydys 5mg 1# HS PO。</p>
護理評估
<p>1. 8/9 患者表示未在出現出現房東廣播要搬家的聲音了，我知道那是幻聽」。8/13 表示「之前態度不太好說醫師讓我出院，那是我的幻聽」與「我知道藥裡沒有嗎啡。」</p> <p>2. 8/15 患者可主動參加美勞及禪繞畫活動，過程中學習態度認真未受幻聽症狀干擾。</p> <p>3. 8/22 患者可主動與病友及醫療人員良性互動，且過程未受幻聽影響而中斷。</p>

三、 社交互動障礙 / 與疾病負性病癥--缺乏興趣與無動機有關(8/7-8/22)

主客觀因素
<p>S1. 8/7 主訴：「我比較內向，不喜歡主動認識人，也會避免跟別人聊天，怕打擾到人家。」</p> <p>O1. 8/3 觀察患者與人談話時，總是呈現避免與病友眼神接觸，且言詞猶豫簡短，經常以「喔」回應他人，導致談話過程很快結束。</p> <p>O2. 8/6 眼神怒視及強硬的語氣表達對住院不滿，且態度堅持拒絕參加職能治療活動。</p> <p>O3. 8/7 患者白天與其他病友互動次數少於 3 次且態度防備。</p>

護理目標
<p>1. 短程：8/13</p> <p>1-1 人際互動時患者可展現笑容與禮貌的態度。</p> <p>1-2 患者可被動與病友互動至少 2 次且持續超過 5 分鐘/每天。</p> <p>2. 中程：8/17</p> <p>2-1 談話時患者表情可隨著內容適切變化並可延續話題 10 分鐘以上。</p> <p>2-2 患者可被動與病友互動 4 次以上且每次持續超過 15 分鐘/每天。</p> <p>2-3 8/22 患者可主動與病友早、中、晚互動至少三次，且每次超過 20 分鐘。</p>
護理措施
<p>1-1 與患者建立良好治療性關係並主動關懷，聆聽並鼓勵表達內心感受。</p> <p>1-2 每日活動前與患者討論精神症狀影響與不適切互動之關係，給予人際退縮之現實澄清。</p> <p>1-3 8/7 收集患者社交互動缺失項目，並與其討論可能造成的影響與可改變之處。</p> <p>1-4 8/7 與患者討論設定社交訓練之漸進項目，共同訂立可循序達成互動目標，自 8/8 起於週一至週五下午三點至三點半，共進行 7 次改善人際互動技巧訓練如下表。</p> <p>1-5 8/8-8/10 運用講解與示範技巧，循序漸進地教導訓練重點：微笑與他人有眼神接觸、態度和善並保持禮貌。</p> <p>1-6 8/8 使用社交缺失紀錄表，紀錄患者社交缺點與其進步情形。</p> <p>2-1 8/10 每次訓練後留十分鐘給予修正與言詞回饋，並以口頭鼓勵增強信心。</p> <p>2-2 8/8 鼓勵患者在訓練後，以 20 分鐘自行與鄰床病友一對一練習今日所學社交技巧，以增加熟練度與流暢度。</p> <p>2-3 每日練習指定家庭作業學習(增強技巧缺失項目如下表)技巧，於隔天交班後由護生驗收。</p> <p>2-4 8/13-8/15 強化角色扮演與實際演練技巧，一對多練習(其他護生及鄰床 2-4 病友)促使個案能逐漸熟練適當的社交技巧。</p> <p>2-5 8/9 協助患者由單人房轉至雙人房，使其有更多的時間與病友相處。</p> <p>2-6 8/17 對於患者落實內化於日常生活情境之行為表現，給予口頭正向回饋以增強信心。</p> <p>2-7 8/10 與患者及女兒討論以增加會客時間每週兩次，作為維持良好社交技巧之增強物。</p>

社交缺失紀錄表							
	8/8	8/9	8/10	8/13	8/14	8/15	8/17
害怕互動							
迴避與人眼神接觸	+++	++	+	*	*	*	*
少主動打招呼	+++	++	++	++	++	+	*

互動態度不佳							
談話時無法保持禮貌	+++	+	+	*	*	*	*
無法延續互動							
以單字回應對方	+++	+++	++	++	+	*	*
說話面無表情	+++	++	++	+	+	*	*
與人互動次數少	+++	++	++	+	+	+	*
「+++」表極需改善；「++」表部分需改善；「+」表稍微需改善；「*」表已改善。							

護理評值

- 8/13 患者可主動與他人保持禮貌互動且適當地眼神接觸，在陪伴下可被動與病友互動每天至少 2 次且每次超過 5 分鐘。
- 8/17 患者可以主動與病友打招呼、延續話題，且說話時表情可隨著談話內容調整，在陪伴下可被動與病友互動每天 4 次以上且每次超過 15 分鐘。
- 8/22 患者與鄰床病友互動良好，一天可主動互動 6 次以上，且每次超過 20 分鐘。

討論與結論

本文敘述一位情感思覺失調症病人，因疾病造成幻聽及睡眠型態紊亂衍生社交互動障礙等護理問題。筆者針對人際互動問題設計個別性與連續性護理措施。訓練後患者能正確使用社交互動技巧，可主動與鄰床病友及工作人員互動以減少白天躺床改善睡眠問題，並藉由陪伴與活動轉移對幻聽的注意力以改善症狀干擾。雖照護時間短(實習十八天)且後續無護生接續照顧，但已交班予臨床護理人員相關訓練規畫，且患者及家屬對於訓練回饋良好，承諾願繼續練習，惟難以評值後續是否內化於日常行為之具體成效，

此乃現實限制之一。但藉此護理經驗得知，情感思覺失調症患者衍生的人際互動缺失可透過社交技巧訓練改善，其結果與 Kapse 與 Nirmala(2015)文獻評值一致，期盼此護理經驗能提供臨床照護之參考。

參考資料

- 王怡文、陳玉婷、賴佑銘(2015)·思考性疾患之護理·於蕭淑貞等人編著，*精神科護理概論*(九版)，387-388頁·台北：永大。
- 王俐潔、王桂芸(2010)·失眠的臨床評估及護理處置·*護理雜誌*，57(2)，105-110。
- 台灣精神醫學會(譯)(2014)·DSM-5精神疾病診斷準

- 則手冊(原作者：美國精神醫學會)。台北市：合記。(原著出版年：2013)
- 李安瑜、林金環(2009)·運用社交互動訓練於精神分裂症病人之護理經驗·*志為護理-慈濟護理雜誌*，8(4)，111-115。
- 吳毓慧、謝佳容、歐陽文貞、李劭懷(2014)·身心活化機能活動對慢性精神分裂症住民之認知功能、淡漠與憂鬱情緒的效果·*護理暨健康照護研究*，10(1)，3-12。
- 何芳慈、陳靜芳、陳昱芬(2017)·照護一位缺乏病識感的思覺失調症病人之護理經驗·*澄清醫護管理雜誌*，13(1)，64-73。
- 林靜蘭、溫偉鈞、姜喬慧、薛競秀(2010)·出院精神病患重返社區所面臨之阻礙·*弘光學報*，61，26-39。
- 馬億雯、劉智如(2018)·照護一位慢性思覺失調症個案之護理經驗·*馬偕護理雜誌*，12(2)，66-82。
- 陳玟君、林俊龍、陸汝斌、周桂如(2007)·幻聽的症狀及其因應策略·*長庚護理*，18(2)，188-195。
- 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人表達與溝通成效·*護理暨健康照護研究*，7(1)，65-72。
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: Guilford.
- Calafel, M. R., Maldonado, J. G., Sabate, J. R., & Giraldez, S. L. (2014). Social skills training for people with schizophrenia : What do we train. *Journal behavioral psychology/ psicología conductual*, 22(3), 461-477.
- Fusar-Poli, P., Papanastasiou, E., Stahl, D., Rocchetti, M., Carpenter, W., Shergill, S., & McGuire, P. (2015). Treatments of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophrenia bulletin*, 41(4), 892-899.
- Granholm, E., & Harvey, P. D. (2018). Social skills training for negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 44(3), 472-474.
- Herrmann, W. J., & Flick, U. (2012). External barriers to good sleep from the nursing home residents' perspective. *Pflege Z*, 65(12), 744-748.
- Kapse, P. P., & Nirmala, B. P. (2015). Efficacy of social skills training among persons with schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 20(1), 45-50.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), S12-S23.
- Machado, F. D. S., Souza, R. C. D. S., Poveda, V. B., & Costa, A. L. S. (2017). Non-pharmacological interventions to promote the sleep of patients after cardiac surgery: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem*, 25, 2926.
- Mancuso, S. G, Morgan, V. A., Mitchell, P. B., Berk, M., Young, A., & Castle, D. J. (2015). A comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder : results from the second Australian national psychosis survey. *Journal of affective disorders*, 172, 30-37.
- Simon, E. B. & Walker, M. P. (2018). Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. *Nature communications*, 9, 3146.

Nursing Experience of Providing Social Skills Training to a Schizoaffective Patient

Anthony Jeng¹, Fen-Fen Shih^{2*}

¹RN, National Cheng Kung University Hospital

²Adjunct Instructor, School of Nursing, Chung Shan Medical University

Abstract:

This study relates the nursing care experience of providing social skills training to a patient with impaired social interactions caused by long-term mental symptoms such as auditory hallucinations and persecutory delusions. During the nursing period, which was from July 31th, 2018, to August 22, 2018, the author, through an overall assessment of the patient's physical, mental, intellectual, social, and spiritual condition, identified the problems of a disturbed sleep pattern and impaired social interactions related to the positive symptom of auditory hallucinations and impaired social interactions related to the negative symptoms of anhedonia and avolition. First, the author used therapeutic interpersonal relationships and communication skills to analyze the causes of the disturbed sleep pattern, helping the patient to maintain a regular daily routine to ameliorate the patient's insomnia. Second, the author helped the patient to distinguish between hallucinations and reality. As long as the patient appeared to be realistic about her perceptions, the author gave her positive feedback in order to reduce her hallucinations. The author designed the individual social skills training process based on the principles of explanation, demonstration, role-playing, feedback, and actual exercises to improve the relevant interpersonal skills of the patient and obtain successful interactive experiences in a step-by-step manner. Further, these therapeutic efforts improved the social withdrawal caused by the disease and provided symptom relief. Ultimately, it was observed that the impaired social interactions caused by the disease were improved through the training program, and it is hoped that this nursing experience can serve as a reference for clinical care practice.

Key words: Social Skills Training, Impaired Social Interaction, Schizoaffective Disorders

Accepted for publication October 31, 2019

*Address for correspondence to: Fen-Fen Shih, No.110, Sec. 1, Chien-Kuo N. Rd, Taichung City 40201, Taiwan, ROC

Tel:886-4-24730022 #12356, 0956080385

E-mail: ritajack1107@gmail.com ;grace@csmu.edu.tw